

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - UFU
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA
DOUTORADO**

FRANCIELE APARECIDA DE ARAUJO

**O PROCESSO DE REORGANIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL
CASCAVEL – PR (1970-2018)**

**UBERLÂNDIA
2018**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - UFU
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA
DOUTORADO

FRANCIELE APARECIDA DE ARAUJO

O PROCESSO DE REORGANIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL
CASCAVEL – PR (1970-2018)

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Uberlândia para obtenção do Título de Doutora em História.

Área de Concentração: História Social

Orientadora: Profa. Dra. Maria Clara Tomaz Machado.

UBERLÂNDIA
2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

A663p
2018

Araujo, Franciele Aparecida de, 1986-
O processo de reorganização da saúde mental : Cascavel - PR
(1970-2018) / Franciele Aparecida de Araujo. - 2018.
385 f. : il.

Orientadora: Maria Clara Tomaz Machado.
Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Uberlândia, Programa
de Pós-Graduação em História.
Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.te.2018.616>
Inclui bibliografia.

1. História - Teses. 2. História social - Teses. 3. Reforma psiquiátrica
- Teses. 4. Saúde mental - Cascavel (PR) - Teses. I. Machado, Maria
Clara Tomaz. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-
Graduação em História. III. Título.

CDU: 930

Gerlaine Araújo Silva – CRB-6/1408



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE HISTÓRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA



DEFESA DE TESE DE DOUTORADO, nº. 82, PPGHI.

Junto ao Programa de Pós-graduação em História do Instituto de História a Universidade Federal de Uberlândia.

DATA: 26 de março de 2018. Horário: início: 14 horas encerramento: 18 horas e 30 minutos.

LOCAL: Sala 1 H67, *Campus Santa Mônica*, Universidade Federal de Uberlândia.

DISCENTE: **Franciele Aparecida de Araujo** – matrícula n. **11313HIS009**

TÍTULO DO TRABALHO: Debates e embates sobre o processo de reorganização dos serviços de saúde mental e a estruturação do atendimento em Rede – Cascavel-PR (1970-2018).

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: História Social.

LINHA DE PESQUISA: História e Cultura.

PROJETO DE PESQUISA DE VINCULAÇÃO: CULTURA POPULAR NO LIMIAR DO SÉCULO XXI: PRÁTICAS E REPRESENTAÇÕES.

Reuniu-se a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em História, assim composta: Professores Doutores:

Iara Toscano Correia – Docente – UFG

Luciano Marcos Curi – Docente – IFTM

Mônica Chaves Abdala – Docente – UFU

Vera Lúcia Puga – Docente – UFU

Maria Clara Tomaz Machado – UFU – orientadora e presidente da Banca.

Iniciando os trabalhos a presidente da mesa apresentou à Banca Examinadora a candidata e agradeceu a presença do público, concedendo à Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir a senhora presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos examinadores, que passaram a arguir a candidata. Concluída a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, emitiu parecer final.

Em face do resultado obtido, a Banca Examinadora considerou a candidata A PROVADA.

Esta defesa de Tese de Doutorado é parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutora. O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, legislação e regulamentação internas da UFU.

Nada mais havendo a tratar, foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que, após lida e achada conforme, foi assinada pela Banca Examinadora.

Profa. Dra. Iara Toscano Correia.

Profa. Dra. Vera Lúcia Puga

Prof. Dr. Luciano Marcos Curi

Profa. Dra. Mônica Chaves Abdala

Profa. Dra. Maria Clara Tomaz Machado
Orientadora

À minha avó Dona Júlia, *in memorian*, que em seu sofrimento mental, despertou em mim o interesse pela loucura.
À Heloisa, minha filha amada, que chegou no meio dessa “loucura” e com sua doçura e alegria ajudou a não me tornar meu próprio objeto de pesquisa.

AGRADECIMENTOS

À Deus e às forças positivas do universo por me darem a vida, saúde e forças suficientes para lutar a cada dia.

À Heloisa, filha amada que passou a fazer parte minha vida no meio deste percurso, que em sua pureza e inocência compreendeu inúmeras vezes que a mamãe tinha que trabalhar e que em outras inúmeras vezes não quis nem saber e só me queria ao lado dela, me fazendo compreender que tudo nesta vida é passageiro e o que nos resta são apenas as lembranças dos bons momentos.

Ao Rudy Nick, amado esposo e companheiro de caminhada, por inúmeras discussões sobre nossos trabalhos, por nossas longas conversas, por me ouvir e oferecer o ombro para chorar, por alegrar a minha vida, por fazer café para me manter acordada, abrir mão de seu conforto para que eu pudesse trabalhar, por tornar o azimute parte de nossas vidas. Enfim, saiba que sinto uma imensa alegria, prazer e satisfação em tê-lo ao meu lado. Sem você, o trabalho teria sido mais árduo. “Cada dia é uma conquista”.

Àqueles que abriram mão de suas individualidades e me trouxeram a este mundo: meus pais Vanilda e Aparecido, por tudo que fizeram e tem feito por mim, pelos ensinamentos transmitidos e pelo apoio recebido cada nova decisão tomada.

À Leni e Rui pelo auxílio, especialmente no cuidado com a Heloisa.

Aos meus familiares e amigos que estiveram ao meu lado, me dando força, ofertando carinho e palavras de afeto que sem dúvida, me motivaram a continuar a caminhada e nunca desistir. Um agradecimento especial à Floriana Rosa da Silva, amiga do doutorado que mesmo tendo inúmeros afazeres, não mediu esforços para me ajudar, contribuindo significativamente para o término deste trabalho.

À Secretaria de Saúde de Cascavel, que permitiu que eu realizasse a pesquisa nos serviços de saúde mental do município, especialmente Iara Bach, que desde o início foi muito gentil e prontamente atendeu às minhas solicitações.

À Augusto Fonseca da Costa e sua esposa Tânia da Costa, por terem me concedido seus depoimentos, respondendo aos meus anseios sobre a saúde mental em Cascavel.

À todos os depoentes que fizeram parte deste trabalho e aqueles que de alguma forma contribuíram para o processo investigativo. Sem vocês, esta tese não teria se concretizado.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação da UFU, com os quais tive a oportunidade de compartilhar conhecimentos históricos e teóricos. Em especial aqueles que contribuíram diretamente para a minha formação em disciplinas cursadas.

À professora Maria Clara Tomaz Machado pela confiança em mim depositada, pela paciência, compreensão, pela dedicação nas orientações e enormes contribuições teóricas transmitidas. Foi um enorme prazer tê-la como orientadora. A sua compreensão, solidariedade e a forma como conduziu as orientações foram fundamentais para que eu pudesse dar continuidade à pesquisa e ao trabalho de escrita. Só tenho agradecer pela prontidão em me atender e me orientar. Agradeço pelos conselhos compartilhados, que sem dúvida, contribuíram para o meu crescimento profissional e pessoal. Pela caminhada que trilhamos juntas, pelo seu caráter e seu excelente profissionalismo, admiro e a tenho como exemplo a ser seguido.

Às professoras Vera Lúcia Puga e Mônica Chaves Abdala, por terem aceitado participar da banca, tanto de qualificação como defesa final, pelas excelentes contribuições teóricas e metodológicas que compartilharam, permitindo um enriquecimento das discussões propostas neste trabalho.

Ao professor Luciano e à professora Iara, que mesmo diante das condições que lhes foram colocadas, aceitaram participar da banca de defesa. Suas contribuições são importantíssimas.

E aqueles que, de uma forma ou de outra, fizeram parte da minha vida em algum momento desta caminhada, contribuindo para o meu aprendizado e crescimento pessoal.

Balada Do Louco
Os Mutantes (1972)

*Dizem que sou louco por pensar assim
Se eu sou muito louco por eu ser feliz
Mas louco é quem me diz
E não é feliz, não é feliz.*

*Se eles são bonitos, sou Alain Delon
Se eles são famosos, sou Napoleão
Mas louco é quem me diz
E não é feliz, não é feliz.*

*Eu juro que é melhor
Não ser o normal
Se eu posso pensar que Deus sou eu.*

*Se eles têm três carros, eu posso voar
Se eles rezam muito, eu já estou no céu
Mas louco é quem me diz
E não é feliz, não é feliz.*

*Eu juro que é melhor
Não ser o normal
Se eu posso pensar que Deus sou eu.*

*Sim, sou muito louco, não vou me curar
Já não sou o único que encontrou a paz
Mas louco é quem me diz
E não é feliz, eu sou feliz.*

RESUMO

Este trabalho analisa o processo de implantação da reforma psiquiátrica no Brasil, tomando como modelo empírico de análise a cidade de Cascavel, localizada na região oeste do Estado do Paraná. Neste município havia um hospital psiquiátrico que atuou durante 30 anos na região. Foi fundado em 1970 e teve suas portas fechadas em novembro de 2003, por decisão do proprietário. Para isto, tomei como ponto inicial de discussão o contexto histórico da assistência psiquiátrica no Brasil na década de 1970, período em que ocorreu um aumento expressivo de hospitais e de leitos psiquiátricos por todo o país, caracterizando como um modelo assistencial marcado por violência e maus tratos dentro destas instituições. Concomitante ao movimento de expansão de hospitais, iniciou-se o debate sobre reforma psiquiátrica, resultando após anos de discussão na implantação da Lei. Nº 10.216 aprovada em 6 de abril de 2001. A aprovação desta lei provocou mudanças significativas na assistência à saúde mental em todo país, obrigando os municípios a cumprir a nova legislação. Assim, o poder público de Cascavel iniciou em 2001 a discussão para elaboração do Plano Municipal de Saúde Mental com o principal objetivo de organizar serviços alternativos de assistência psiquiátrica, através da criação de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e uma rede de apoio às pessoas acometidas de transtorno mental. Esta pesquisa evidencia que o processo de organização destes serviços alternativos ao modelo hospitalocêntrico em Cascavel, resultou no fechamento da única instituição psiquiátrica existente na região, invertendo a lógica de assistência à saúde mental, que até então não havia saído do papel. Através de depoimentos dos ex-proprietários do hospital psiquiátrico buscou-se compreender como se davam algumas práticas no interior da instituição, bem como seus discursos sobre a reforma psiquiátrica e o processo de fechamento do hospital. Por fim, a partir da pesquisa de campo, objetivou-se compreender como os serviços de saúde mental estão estruturados no município atualmente. Portanto, a partir da análise de um conjunto de fontes como jornais, documentos oficiais produzidos pelas autarquias federal, estadual e municipal, atas do Conselho Municipal de Saúde, e, especialmente depoimentos orais, este trabalho investiga e discute o processo de reorganização da saúde mental no município de Cascavel e a estruturação de uma Rede alternativa de assistência psiquiátrica, compreendendo-o como um movimento imbricado em disputas de poder, com elementos políticos, econômicos e sociais.

Palavras-Chave: Reforma Psiquiátrica. Saúde Mental. Assistência em Rede. Cascavel-PR.

RESUMEM

EL PROCESO DE REORGANIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL CASCABEL - PR (1970-2018)

Este trabajo analiza el proceso de implantación de la reforma psiquiátrica en Brasil, tomando como modelo empírico de análisis la ciudad de Cascavel, ubicada en la región oeste del Estado de Paraná. En este municipio había un hospital psiquiátrico que actuó durante 30 años en la región. Fue fundado en 1970 y tuvo sus puertas cerradas en noviembre de 2003, por decisión del propietario. Para esto, tomo como punto inicial de discusión el contexto histórico de la asistencia psiquiátrica en Brasil en la década de 1970, período en que ocurrió un aumento expresivo de hospitales y de lechos psiquiátricos por todo el país, caracterizando como un modelo asistencial marcado por violencia y malos tratos dentro de estas instituciones. Concurrente al movimiento de expansión de hospitales, se inició el debate sobre reforma psiquiátrica, resultando después de años de discusión en la implantación de la Ley Nº 10.216 aprobada en 6 de abril de 2001. La aprobación de esta ley provocó cambios significativos en la asistencia a la salud mental en todo país, obligando a los municipios a cumplir la nueva legislación. Así, el poder público de Cascavel inició en 2001 la discusión para la elaboración del Plan Municipal de Salud Mental con el principal objetivo de organizar servicios alternativos de asistencia psiquiátrica, a través de la creación de Centros de Atención Psicosocial - CAPS y una red de apoyo a las personas acometidas de trastorno mental. Esta investigación evidencia que el proceso de organización de estos servicios alternativos al modelo hospitalocéntrico en Cascavel, resultó en el cierre de la única institución psiquiátrica existente en la región, invirtiendo la lógica de asistencia a la salud mental, que hasta entonces no había salido del papel. A través de testimonios de los ex propietarios del hospital psiquiátrico se buscó comprender cómo se daban algunas prácticas en el interior de la institución, así como sus discursos sobre la reforma psiquiátrica y el proceso de cierre del hospital. Por último, a partir de la investigación de campo, se objetivó comprender cómo los servicios de salud mental están estructurados en el municipio actualmente. Por lo tanto, a partir del análisis de un conjunto de fuentes como periódicos, documentos oficiales producidos por las autoridades municipales, estatales y municipales, actas del Consejo Municipal de Salud, y, especialmente testimonios orales, este trabajo investiga y discute el proceso de reorganización de la salud mental en el municipio de Cascavel y la estructuración de una Red alternativa de asistencia psiquiátrica, comprendiéndolo como un movimiento imbricado en disputas de poder, con elementos políticos, económicos y sociales.

Palabras clave: Reforma Psiquiátrica. Salud mental. Asistencia en red. Cascavel-PR.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

MAPAS

Mapa 1: Mapa Distrital - Cascavel-PR.....	43
Mapa 2: Regionais de Saúde do Estado do Paraná.....	46
Mapa 3: 10 ^a Regional de Saúde do Estado do Paraná	47
Mapa 4: Estabelecimentos de Saúde com Atendimento de Emergência Psiquiátrica.....	48
Mapa 5: Distribuição dos Centros de Atenção Psicossocial do Paraná - CAPS	50
Mapa 6: Localização dos Hospitais Psiquiátricos no Paraná	70
Mapa 7: Localização dos Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral no Paraná	71
Mapa 8: Cascavel e a Localização do Antigo Hospital São Marcos	104
Mapa 9: Localização do Hospital São Marcos.	105
Mapa 10: Área que pertencia ao Hospital São Marcos	106

QUADROS

Quadro 1: Hospitais Psiquiátricos Privados Inaugurados no Paraná entre 1960-1970.	67
Quadro 2: Número de Leitos Psiquiátricos em Hospitais de Clínica Geral no Paraná.	72
Quadro 3: Estabelecimentos e Número de Leitos Psiquiátricos no Paraná.	74
Quadro 4: Número de leitos Psiquiátricos em Hospital-Dia no Paraná.	76
Quadro 5: Número de leitos em unidades de Acolhimento Noturno no Paraná.....	77
Quadro 6: População Total de cada Município da 10 ^a Regional de Saúde	236
Quadro 7: Diretriz 3: Fortalecimento da Rede de Atenção a Saúde Mental - Plano Estadual de Saúde Mental (2016-2019)	339

TABELAS

Tabela 1: Número de Estabelecimentos que prestam Assistência à Saúde Mental no Paraná.	49
Tabela 2: Óbitos por Suicídio nos municípios de abrangência da 10 ^a Regional de Saúde Ano de 2012 a 2016.....	231
Tabela 3: Distribuição dos Serviços nos Municípios da 10 ^a Regional de Saúde	338

FIGURAS

Figura 1: A Reforma Psiquiátrica é o Sucesso que o SUS alardeia?.....	98
Figura 2: Salas de Atendimentos	109
Figura 3: Pátios Recreativos	110

Figura 4: Infraestrutura e Manutenção	112
Figura 5: Exemplo de Prontuário Virtual.....	113
Figura 6: Espaços Destinados à Alimentação	114
Figura 7: Atividades Recreativas.....	117
Figura 8: Trabalhos diversos com a terra e ao ar livre	121
Figura 9 Vila dos Ofícios – Hospital São Marcos	131
Figura 10: Atividades desenvolvidas na “Vila dos Ofícios”	132
Figura 11: Reportagem - SUS Destaca Hospital São Marcos de Cascavel	139
Figura 12: Hospital São Marcos: 30 Anos a Serviço da Saúde Mental.....	142
Figura 13: "Hospital São Marcos Quer Definir Futuro Junto com a Comunidade"	163
Figura 14: "Edgar quer Evitar Fechamento de Hospital"	192
Figura 15: "Doentes Mentais: Saúde Conclui Processo de Transição."	196
Figura 16: Relatório de Gestão da Prefeitura Municipal de Cascavel – 2002.....	204
Figura 17: "Fim do Hospital São Marcos: Saúde estuda meios de acolher pacientes"	206
Figura 18: Fim do São Marcos e a Falta de Estrutura dos Hospitais Gerais.....	208
Figura 19: Comentários de Leitores da Matéria da CGN	226
Figura 20: Comunicado Interno de Priorização para o Atendimento do CASM.....	229
Figura 21: Entrada do CAPSi	264
Figura 22: Trabalhos Artesanais expostos e vendidos na Feira Solidária em Cascavel.....	265
Figura 23: Estante com troféus de participações e trabalhos artesanais confeccionados nas oficinas do CAPSi	267
Figura 24: Sala de Oficina Terapêutica de Música.....	268
Figura 25: Pintura na Parede Branca (Autor Desconhecido)	270
Figura 26: Pessoas - Pinturas nas Paredes do CAPSi (Klin)	271
Figura 27: Características do Projeto do CAPSi	273
Figura 28: Entrada do CAPSad	279
Figura 29: Área Externa do CAPSad - Visão da parte de Trás do Terreno.....	281
Figura 30: Fluxograma para Internamentos.....	288
Figura 31: Recepção do CAPSad	294
Figura 32: Portas dos Banheiros do CAPSad	295
Figura 33: Sala de Oficinas do CAPSad	296
Figura 34: Sala de Oficina de Artes Marciais.....	298
Figura 35: Sala de Oficina de Música	299
Figura 36: Área Externa do CAPSad para Prática Esportiva	300

Figura 37: Grafite na Parte Interna dos Muros do CAPSad	300
Figura 38: Entrada do CAPS III	303
Figura 39: Área Externa Localizada ao Fundo do CAPS III.....	307
Figura 40: Fundo do Terreno do CAPS III.....	308
Figura 41: Pintura na Parede Externa das Salas de Oficinas Artesanais	309
Figura 42: Alongamento Matutino - Início das Atividades no CAPS III.....	312
Figura 43: Pacientes Esperando para a Distribuição nas Oficinas do CAPS III	312
Figura 44: Flores (Gentila) - Pintura em Tela	315
Figura 45: Cartaz da Exposição “Multiversos CAPS III: A Arte no Viés Terapêutico”.....	316
Figura 46: Telas dos Usuários do CAPS III - Exposição "Multiversos"	317
Figura 47: Telas Reservadas dos Usuários do CAPS III - Exposição "Multiversos".....	317
Figura 48: Planta do Projeto de Reforma da Ala de Desintoxicação do HUOP	325
Figura 49: Vista Área do SIMPR - Cascavel.....	341
Figura 50: Entrada do SIMPR	342
Figura 51: Pátio Localizado a Esquerda da Entrada do SIMPR.....	343
Figura 52: Área Externa do SIMPR - Local de socialização entre os Usuários e de Realização de Algumas atividades ao ar livre.....	346
Figura 53: Panfleto de Divulgação do SIMPR- Frente	350
Figura 54: Panfleto de Divulgação do SIMPR- Verso	350
Figura 55: Capa e um dos 31 Poemas do Livro, "Explosão de Sentimentos: Vozes da Superação"	355
Figura 56: Capa e um dos 29 poemas publicados no Livro: "Explosão de Sentimentos: Vozes da Superação II"	357
Figura 57: Biblioteca do SIMPR	358
Figura 58: Pinturas nas Paredes da Biblioteca do SIMPR	358
Figura 59: Ala dos Quartos do SIMPR.....	359
Figura 60: Pinturas nas Paredes SIMPR realizada pelos Usuários do Serviço.	361
Figura 61: Paisagens nas Paredes do SIMPR	362
Figura 62: Pinturas nas Paredes Internas realizadas pelos Usuários do SIMPR	362
Figura 63: Mural de Informações para os Usuários do SIMPR	363

LISTA DE SIGLAS

ABP - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA
AFDM - ASSOCIAÇÃO DE FAMILIARES DE DOENTES MENTAIS
AIH- AUTORIZAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR
APS – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
APPSIQ - ASSOCIAÇÃO PARANAENSE DE PSIQUIATRIA
CAE – CENTRO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
CAPS - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
CAPS AD – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ALCOOL E DROGAS PARA ADOLESCENTES
CAPS AD III - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ALCOOL E DROGAS PARA ADULTOS
CAPSi - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTIL
CAPS III – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA ADULTOS COM TRANSTORNO MENTAL
CASM – CENTRO DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL
CEACRI - CENTRO ESPECIALIZADO DE ATENÇÃO A SAÚDE DO NEONATO, CRIANÇA E ADOLESCENTE
CEDCA - CONSELHO ESTADUAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
CEDIP - CENTRO ESPECIALIZADO DE DOENÇAS INFECTO-PARASITÁRIAS
CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CISMEEP - COMITÊ GESTOR INTERSECRETARIAL DE SAÚDE MENTAL
CISOP - CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO OESTE DO PARANÁ
CMDCA - CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
CMS – CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE
CNES - CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
CONESD - CONSELHO ESTADUAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS
CRAS – CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
CREAS – CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
CRPPR - REVISTA DO CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO PARANÁ
DATASUS – DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

ECA - ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
FBH - FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPIITAIS
FEHOSPAR - FEDERAÇÃO DOS HOSPIITAIS E ESTABELECIMENTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO ESTADO DO PARANÁ
FIA - FUNDO PARA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA
HD- HOSPITAL-DIA
HMS – HOSPITAL SÃO MARCOS
HUOP – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ
IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
IF – INDÚSTRIA FARMACÊUTICA
INAMPS - INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E PREVIDÊNCIA SOCIAL
INPS - INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL
MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE
NAPS - NÚCLEO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
ONG - ORGANIZAÇÃO NÃO GOVERNAMENTAL
PAID – PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA E INTERNAMENTO DOMICILIAR
PNASH/PSIQUIATRIA - PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES
PSDB- PARTIDO DA SOCIAL DEMOCRACIA BRASILEIRA
PT - PARTIDO DOS TRABALHADORES
SAREH - SERVIÇO DE ATENDIMENTO À REDE DE ESCOLARIZAÇÃO HOSPITALAR
SEDS - SECRETARIA DA FAMÍLIA E DESENVOLVIMENTO
SEED - SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
SEJU - SECRETARIA DE ESTADO DA JUSTIÇA, CIDADANIA E DIRETOS HUMANOS
SESA - SECRETARIA DE SAÚDE DO PARANÁ
SESAI - SECRETARIA ESPECIAL DA SAÚDE INDÍGENA
SESP - SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA
SETS - SECRETARIA DE ESTADO DO TRABALHO E DESENVOLVIMENTO SOCIAL
SIMPR - SERVIÇO INTEGRADO DE SAÚDE MENTAL DO PARANÁ

SINDIPAR - SINDICATO DOS HOSPITAIS E ESTABELECIMENTOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO PARANÁ

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

UBS - UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

UNIOESTE – UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ

UOPECCAN – UNIÃO OESTE PARANAENSE DE ESTUDOS E COMBATE AO CÂNCER

UPA - UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO

USF - UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	5
LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	10
Mapas	10
Quadros	10
Tabelas	10
Figuras.....	10
LISTA DE SIGLAS.....	13
CONSIDERAÇÕES INICIAIS	18
CAPÍTULO 1: ENTRE TEORIA E PRÁTICA: A LEGISLAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E OS CAMINHOS DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA	38
1.1: O CENÁRIO DA PESQUISA: CIDADE DE CASCAVEL - PARANÁ.....	38
1.2: HISTÓRICO DA CONSTRUÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E PARANÁ	52
1.3: A LUTA PELA MANUTENÇÃO DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS PRIVADOS NO PARANÁ	78
CAPÍTULO 2: “O SONHO DOURADO”: HOSPITAL E CASA DE SAÚDE SÃO MARCOS COMO UMA EMPRESA FAMILIAR.....	103
2.1: DESVENDANDO OS MUROS DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO	103
2.2: “A MENINA DOS OLHOS” : O HOSPITAL SÃO MARCOS PARA CASCAVEL E REGIÃO	136
CAPÍTULO 3: “SE CORRER O BICHO PEGA E SE FICAR O BICHO COME”: O DEBATE SOBRE A REORGANIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL EM CASCAVEL .	152
3.1: OS PRIMEIROS VENTOS DA REFORMA PSIQUIATRICA EM CASCAVEL	152
3.2: OS NOVOS ARES DA REFORMA: DEBATES PARA A ELABORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL EM CASCAVEL	179
CAPÍTULO 4: A CONSTITUIÇÃO DA REDE DE SAÚDE MENTAL EM CASCAVEL	200

4.1: CRIAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DA REDE ALTERNATIVA EM SAÚDE MENTAL.....	200
4.2- A REDE DE MATRICIAMENTO E INTERSETORIALIDADE NO ATENDIMENTO À SAÚDE MENTAL	213
4.3 – O PROTAGONISMO DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO À SAÚDE MENTAL.....	240
CAPÍTULO 5: CONHECENDO OS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DE CASCAVEL-PR.....	262
5.1: CAPSI – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTIL LÁZARA DE ARAÚJO TOMÉ	263
5.2: CAPS AD – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL À ALCOOL E DROGAS ALLAN SHARLESS PADOVANIi	278
5.3: CAPS III: CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL LOURENÇO JOSÉ BARREIROS NETO	302
5.4: HUOP: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ–UNIOESTE (Universidade Estadual do Oeste do Paraná)	322
5.5: SIMPR – SERVIÇO INTEGRADO DE SAÚDE MENTAL DO PARANÁ..	336
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	365
FONTES	369
ARQUIVOS PESQUISADOS	369
FONTES ORAIS.....	369
JORNais IMPRESSOS pOR ORDEM CRONOLÓGICA	371
FONTES MUNICIPAIS	371
FONTES ESTADUAIS	372
FONTES NACIONAIS.....	373
PÁGINAS ELETRÔNICAS CONSULTADAS:.....	375
SITE DAS INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS	376
SITES VISITADOS.....	377
INDICAÇÃO DE FILMES.....	377
REFERÊNCIAS.....	377

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O tema sobre a loucura é algo que me fascina desde criança. Durante a minha infância convivi com minha avó paterna, Dona Júlia, portadora de transtorno mental. Naquela época, não se descobriu ao certo que tipo de transtorno ela possuía, mas cresci vendo minha avó fazendo coisas que uma pessoa, especialmente idosa, com suas faculdades mentais sãs, não faria. Ela nunca ficou internada em um hospital psiquiátrico, embora meu pai e meu avô tenham diversas vezes a levado para uma instituição psiquiátrica.

Conforme contam meus familiares, ao chegar no hospital, ela ficava lúcida, consciente de suas ações e, ao retornar para casa, fazia as mesmas coisas de antes, como por exemplo, ficar completamente nua no quintal de casa, gritar palavras de baixo calão para os vizinhos, chamando-os para ter relações sexuais com ela, rolar na grama morro abaixo, enfim, uma série de ações tidas como anormais para uma senhora de 65 anos de idade.

Eu, enquanto criança observava a dificuldade da minha família em oferecer cuidados adequados. O sofrimento dela e suas crises geravam um sentimento de tristeza em toda a família, que não sabia ao certo o que fazer. Algumas idas a hospitais psiquiátricos, em centros espíritas, visitas de padres, pastores e grupos de orações e, finalmente em 1998, com sua situação emocional já estabilizada, minha querida avó faleceu. Todavia, deixou uma inquietação em mim, uma vontade de investigar e conhecer sobre este objeto tão fascinante.

Durante a graduação, realizada na cidade de Marechal Cândido Rondon, local onde havia o Hospital Filadélfia e que por algumas vezes, minha avó foi levada para consultas médicas. Neste período de graduação, iniciada em 2004, tive meu primeiro contato com a obra de Michel Foucault, *A História da Loucura*. A junção entre estes três fatores resultou na pesquisa para conclusão de curso sobre a loucura e assistência psiquiátrica nesta cidade.

Com o passar dos anos, o fascínio por este objeto continuou presente, motivando uma pesquisa mais ampla, resultando na minha dissertação, apresentada no início de 2011. Neste trabalho, minha preocupação estava centralizada na constituição da assistência psiquiátrica no Hospital Filadélfia. Este hospital havia sido fundado em 1954 como clínica geral, mas em 1979 implantou a assistência psiquiátrica em sua instituição. Diante disso, as discussões privilegiaram aspectos nacionais, estaduais e locais para compreender como havia se constituído o processo de transformação da instituição e sua relação com a cidade de Marechal Cândido Rondon.

Após a conclusão da dissertação, surgiu uma inquietação para investigar como havia se configurado a assistência psiquiátrica em todo o Estado do Paraná. No projeto inicial para o doutorado, eu havia proposto investigar 10 hospitais psiquiátricos do Estado, distribuídos por 9 cidades, incluindo a capital Curitiba. Logo na entrevista, a banca avaliadora me alertou sobre a “loucura” que eu estava propondo.

Ao ingressar no programa de pós-graduação da UFU, cursar aulas teóricas e estabelecer um diálogo com a minha orientadora, centrei meus objetivos e optei por discutir a assistência psiquiátrica no Brasil, partindo da investigação e análise da cidade de Cascavel, visando seu processo de transformação do modelo hospitalocêntrico¹ para a criação de um serviço de saúde mental em Rede.

No entanto, durante o período de investigação e levantamento bibliográfico, observou-se que as discussões acerca deste objeto permanecem principalmente no campo das ciências médicas, como por exemplo, psiquiatria, psicologia, enfermagem e assistência social. Embora, tenha se desenvolvido cada vez mais pesquisas historiográficas sobre a assistência psiquiátrica no Brasil, o número de trabalhos na área de História sobre este tema ainda é muito pequeno. Um exemplo disto pode-se perceber nos encontros, congressos e eventos de História, pois há pouca possibilidade de mesas temáticas ou grupos de trabalho debatendo o movimento da assistência psiquiátrica no Brasil.

Todavia, a questão aqui levantada não se trata de uma desvalorização nem desmerecimento das pesquisas realizadas por outras áreas do conhecimento, mesmo porque estes trabalhos são de suma importância para a compreensão da assistência psiquiátrica no Brasil. Além disto, em um processo investigativo fica inviável fechar os olhos para outras áreas de pesquisas, as quais podem ser utilizadas para auxiliar na elucidação das questões que emergem na problemática do objeto que se propõe analisar.

Michel de Certeau em seu livro *História e Psicanálise: Entre ciência e Ficção*, insere a discussão sobre “a travessia das disciplinas”. Neste texto, Certeau nos convida para ficar atento à operação historiográfica e ter a consciência de qual campo científico está partindo para analisar o seu objeto de estudo. Luce Giard ao escrever a introdução do livro de Certeau, afirma que:

Ao atravessar o campo de uma disciplina, ele esforçava-se em permanecer fiel à sua própria disciplina, fazendo questão de redizer sua identidade de

¹ Entende-se por modelo hospitalocêntrico, àquele em que a assistência a saúde tem como foco e centralidade o internamento hospitalar.

origem e os limites de sua competência para evitar qualquer ambiguidade e qualquer legitimidade inconsistente. (GIARD, in, CERTEAU, 2012, p. 11).

A partir da perspectiva de Certeau, lanço um olhar historiográfico para compreender e analisar a história da saúde mental em Cascavel e região, utilizando de diversas áreas do conhecimento para elucidar a complexidade do movimento de transformação da assistência psiquiátrica e os sujeitos envolvidos neste processo. Realizo uma “travessia de disciplinas”, porém, quero destacar que tenho minhas raízes na História.

Levando em consideração estes aspectos, quero destacar que o “vazio historiográfico” encontrado no campo da História sobre os hospitais psiquiátricos e a assistência psiquiátrica no Brasil, foi um dos motivadores para a realização da pesquisa. Comecei a observar que nos trabalhos historiográficos que discutiam questões relacionadas à constituição das cidades, os hospitais psiquiátricos nunca eram mencionados. Como exemplo disso, podemos mencionar a cidade de Marechal Cândido Rondon que é objeto de estudo de inúmeros trabalhos acadêmicos, no entanto, não há discussões sobre o Hospital Filadélfia como integrante do processo histórico do município, exceto minha dissertação que analisou a instituição como elemento importante na constituição da cidade.

Cabe destacar que a pesquisa histórica sobre a assistência psiquiátrica ainda é um terreno pouco explorado e, que por sinal, podemos considerar que ainda é um “objeto tabu” entre os historiadores. Para aqueles que se lançam nesta tarefa árdua, instigante, desafiadora, fascinante e cheia de percalços, proponho a indagação feita por Foucault em *A Ordem do Discurso*: “Mas, o que há, enfim, de tão perigoso no fato de as pessoas falarem e de seus discursos proliferarem indefinidamente? Onde, afinal está o perigo?” (2014, p. 8). Não tenho resposta a esta pergunta. Entretanto, busco como alternativa a esta indagação, reflexões realizadas por Foucault: “Sabe-se bem que não se tem o direito de dizer tudo, que não se pode falar de tudo em qualquer circunstância, que qualquer um, enfim, não pode falar de qualquer coisa.” (2014, p. 9).

Para realizar esta pesquisa, tomo a História Cultural como ponto de partida, pois esta linha historiográfica me permite trabalhar com um leque de possibilidades para a investigação histórica. Para problematizar a assistência psiquiátrica no Brasil, é preciso estar vinculado a uma visão mais ampla e atenta aos diferentes caminhos metodológicos, questões que a história cultural possibilita ao historiador.

Discutir os processos que envolvem a assistência psiquiátrica pelo viés da historiografia cultural permite compreender os movimentos de construções, reconstruções e

reconfigurações da assistência psiquiátrica de forma relacional entre o social, político, econômico e cultural. Compreendo a cultura como uma produção social e histórica de processos vividos, experimentados e narrados de diversas formas, em tempos e espaços distintos, nos quais cabe ao historiador, investigar e estar atento às particularidades do objeto, partindo assim, de um debate interdisciplinar. Para além de investigar o viés econômico, sigo através de um ponto de vista cultural, social e político, discutindo-os não como categorias isoladas, mas como elementos que se relacionam, se constituem e são constituintes das conjunturas sociais nos quais estão envolvidos.

Diego Armus, em seu livro a *A Cidade Impura* (2007), faz uma discussão sobre a inserção da medicina nos debates historiográficos. Para o autor, esta inclusão faz parte de uma nova maneira de olhar a relação existente entre saúde e enfermidade, incorporadas pela “nova história”, permitindo ao historiador compreender outras dimensões que envolvem os processos de saúde e doença.

Trata-se, por um lado, de esforços para renovar a história tradicional da medicina. Por outro, a descoberta da doença como objeto de reflexão pelas ciências sociais e humanas e como um dos muitos novos temas de estudo que descobrem como são fragmentados os estudos históricos, agora muito mais prolíficos em recortes temáticos que abrangem olha para o passado (ARMUS, 2007, p. 17. Tradução Nossa).

Segundo o autor, e eu estou de acordo com Armus, a história das doenças não pode ser interpretada apenas em seu âmbito de patologia médica, esta por sua vez, vai muito além disso. Desta forma, Armus propõe em seu texto, analisar a história da tuberculose, não unicamente no âmbito médico, mas associada a outras questões que se relacionam com o meio social e cultural. De acordo com o autor, a história das doenças precisa ser pensada como uma história social, como também:

[...] uma oportunidade para desenvolver e legitimar políticas públicas, facilitar e justificar a criação e uso de certas tecnologias e desenvolvimentos institucionais, canalizar ansiedades sociais de todos os tipos, descobrir aspectos das identidades individuais e coletivas, sancionar valores culturais e estruturar intenções entre pacientes e prestadores de cuidados de saúde. (ARMUS, 2007, p. 17. Tradução Nossa).

A partir destas discussões, pretendo voltar meu olhar para compreender a multiplicidade de olhares que se formaram sobre o debate acerca da assistência à saúde

mental. A multiplicidade de olhares me permite compreender um processo relacional, cheio de fissuras e elementos que compõem o processo de transição das práticas assistenciais.

Em virtude do que foi mencionado, este trabalho analisa o processo de implantação da reforma psiquiátrica no Brasil, tomando como referência de análise a cidade de Cascavel, localizada na região oeste do Estado do Paraná. Neste município havia o Hospital São Marcos, instituição psiquiátrica que atuou durante 30 anos na região. Foi fundado em 1970 e teve suas portas fechadas em novembro de 2003, por decisão do proprietário que alegou não ter recebido a devida importância do poder público municipal. Entretanto, esta pesquisa evidencia que o processo de fechamento deste Hospital foi complexo, motivado pela nova legislação em saúde mental e imbricado em disputas de poder, com elementos políticos, econômicos e sociais.

Diante disto, este trabalho investiga como se deu o processo de transição de um modelo assistencial, embasado na instituição hospitalar, para um modelo assistencial alternativo ao hospital, constituído a partir de uma Rede de serviços que em conjunto visa atender os usuários do sistema público de saúde, oferecendo um tratamento digno e respeitoso. Para refletir sobre estas conjunturas sociais, tenho como recorte temporal a década de 1970, período em que ocorreu uma expansão dos hospitais psiquiátricos, como também a implantação do Hospital São Marcos em Cascavel, percorrendo até os dias atuais, com o objetivo de compreender o movimento da assistência psiquiátrica no Estado do Paraná e a configuração dos serviços de saúde mental no município de Cascavel.

A Reforma Psiquiátrica, como ficou conhecida a Lei Nº 10.216/01, delibera sobre o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental no país, bem como garante a proteção e direitos das pessoas acometidas de transtorno mental e foi aprovada em 06 de abril de 2001. A partir deste período diversas mudanças ocorreram na assistência à saúde mental no país. A principal e mais impactante delas refere-se ao fechamento de hospitais psiquiátricos e o redirecionamento para a estruturação de uma rede alternativa de assistência psiquiátrica em substituição ao modelo hospitalocêntrico, até então predominante no Brasil.

Após a aprovação da nova legislação, os diversos grupos envolvidos nesta modalidade de assistência tiveram que se reestruturar para se adequar ao novo modelo que passou a vigorar no país. Assim, o poder público de Cascavel iniciou ao final de 2001 a discussão para elaboração do Plano Municipal de Saúde Mental com o principal objetivo de estruturação de serviços alternativos de assistência psiquiátrica, através da criação de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS e uma rede de apoio às pessoas acometidas de transtorno mental.

Compreender a reestruturação da assistência psiquiátrica nesta cidade envolve complexas relações, entrelaçadas às práticas culturais, econômicas, políticas e sociais que se produzem na sociedade. Neste sentido, esta pesquisa observa que a aplicação do Plano Municipal de Saúde Mental de Cascavel efetivou-se apenas depois do fechamento do hospital psiquiátrico existente na cidade, ocorrido em novembro de 2003. Este, era tido como única referência de assistência aos doentes mentais para a região. Após este evento a população adulta ficou desassistida, por cerca de dois anos, sem nenhum serviço que atendesse as suas necessidades, pois existia na cidade apenas um centro de atenção psicossocial infantil. Com o fim do hospital psiquiátrico o poder público municipal foi obrigado a criar residências terapêuticas para abrigar os antigos moradores do hospital psiquiátrico, implantar os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS e o ambulatório para atender a população, bem como colocar em prática as novas exigências previstas em lei.

Este processo de transformação no modelo de atendimento psiquiátrico foi tensionado de diversas formas. De um lado temos o poder público municipal que num primeiro momento não queria o fechamento do Hospital São Marcos, pois segundo as fontes, o desejo era que a instituição se readequasse ao novo modelo e não que fechasse por completo deixando a região desassistida. E do outro lado, temos o proprietário do Hospital São Marcos que, num primeiro momento se colocou resistente à reestruturação, depois compreendeu a reforma como necessária, adequando seu modelo assistencial para serviços alternativos. Todavia, o seu interesse era de continuar prestando o atendimento, mantendo o hospital psiquiátrico e o internamento como o foco do tratamento psiquiátrico.

Em paralelo ao fechamento de leitos psiquiátricos motivados pela nova Legislação em Saúde Mental, foi possível observar discursos pela manutenção dos leitos psiquiátricos advindos de grupos ligados às instituições privadas de assistência, que por sua vez, representam a maioria no atendimento psiquiátrico no Paraná. Todavia, os discursos que defendem leitos psiquiátricos, se confundem com reivindicações de investimentos no atendimento à saúde mental. Elaboram estratégias e redefinem discursos para se colocarem enquanto serviços necessários e indispensáveis para a assistência à saúde mental.

Nesta complexa rede de discursos investigados, as concepções discutidas por Roger Chartier apresentam uma noção fundamental para as reflexões. Tendo em vista que a constituição desses discursos faz parte de uma compreensão da realidade social, os sujeitos, ao elaborarem seus discursos sobre a assistência psiquiátrica no Brasil, estão também demonstrando a sua forma de compreender a realidade a partir de suas experiências. Segundo o autor,

As percepções do social não são de forma alguma discursos neutros: produzem estratégias e práticas (sociais, escolares, políticas) que tendem a impor uma autoridade à custa de outros, por elas menosprezados, a legitimar um projeto reformador ou a justificar para os próprios indivíduos as suas escolhas e condutas. (CHARTIER, 1990, p.17).

Ao refletir acerca das representações do mundo social através dos discursos dos diversos sujeitos, é importante perceber que “são sempre determinadas pelos interesses de grupo que as forjam. Daí, para cada caso, é necessário relacionamento dos discursos proferidos com a posição de quem os utiliza” (CHARTIER, 1990, p.17). Desta forma, assistência psiquiátrica e as políticas que a direcionam estão em constantes debates. Quando estes acontecem, as práticas assistenciais podem sofrer mudanças e as instituições precisam reestruturar o atendimento para se adequar às normas vigentes do período. Diante destes processos de transformação, os donos das instituições psiquiátricas privadas elaboraram discursos para se manterem ativos, enquanto “empresários da loucura”.²

A partir do conceito de representação é possível compreender que os discursos elaborados pelos representantes das instituições psiquiátricas são elaborados de acordo com os interesses de um determinado grupo. Mas a representação de uma dada realidade social, expressa através do discurso médico, não significa que se refere exclusivamente a um interesse econômico. Isto é, as instituições psiquiátricas elaboram discursos com interesses diversos, que podem convergir em benefício econômico, mas também referem-se às percepções do social, sua maneira de compreender a realidade vivida, expressa em suas práticas assistenciais.

No que se refere à aplicação da Legislação em Saúde Mental esta pesquisa evidencia a existência de uma lacuna entre a teoria e prática. Esta lacuna demonstra que ainda existe uma caminhada longa a ser trilhada pelo poder público, com o intuito de criar uma Rede assistencial capaz de atender à demanda existente e garantir o acesso aos serviços pelas pessoas acometidas de transtorno mental. A pesquisa aponta uma contradição existente entre as prerrogativas da legislação e a realidade do atendimento psiquiátrico, pois de acordo com a lei, os recursos destinados aos leitos psiquiátricos que foram fechados deveriam ser revertidos para os serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico. Porém, a realidade não condiz com a lei, pelo menos em parte, pois identifiquei em diversos depoimentos a falta de investimentos públicos para a saúde mental.

² Denominação dada por Paulo Amarante para se referir aos empresários donos de instituições psiquiátricas no período que corresponde principalmente à década de 1960-70. (AMARANTE, 1995)

Para pensar o movimento da assistência psiquiátrica no Brasil, busco uma fundamentação bibliográfica em autores importantes que ajudam a pensar as questões que envolvem a assistência psiquiátrica em diversos períodos históricos. Boa parte destes trabalhos abordam o período da institucionalização de manicômios no Brasil a partir do final do século XIX. Compreender este período permite observar o início do processo de constituição do saber psiquiátrico e o entendimento da loucura no Brasil, enquanto doença mental.

Desta forma, a autora Maria Clementina Pereira Cunha, em seu livro *O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo*, faz uma análise do crescimento populacional nas cidades, mais especificamente a cidade de São Paulo no final do século XIX. Neste, a autora aborda o surgimento do alienismo no Brasil e consequentemente, a criação dos asilos para “guardar” e “esconder” os loucos, ou mais apropriado, os indesejáveis da sociedade.

Cunha (1986) problematiza as mudanças nos costumes dos sujeitos que buscaram se readaptar às novas exigências, como por exemplo, a substituição da mão-de-obra escrava pelo trabalho assalariado e principalmente, a alteração no cenário das cidades, onde o “privado se separa do público”. Neste movimento, a população pobre passou a se afastar dos centros urbanos para morar mais perto das fábricas e indústrias. Deste modo, começaram a surgir aglomerados de moradias, gerando condições insalubres e causadoras de doenças. Além disto, as autoridades se utilizaram destas condições para inserir na sociedade um projeto de higienização e um terreno fértil para a psiquiatria e o alienismo se instalarem no Brasil.

Outro texto também de grande destaque no campo historiográfico, refere-se à discussão desenvolvida por Magali Gouveia Engel, em seu livro *Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930)*. A autora apresenta a perspectiva da ciência médica, na qual o hospício, ao isolar a loucura em instituições com fins específicos, se tornava um meio eficaz de controlar determinados grupos sociais que circulavam livremente pelas cidades. Segundo a autora, a ameaça à ordem social estava representada pelos loucos nos grandes centros urbanos.

Contudo, a criação de hospícios no Brasil tinha interesses complexos e diversificados. Para Engel (2001), a constituição de locais específicos para os sujeitos indesejados da sociedade estava inserida na elaboração de um projeto político, cujos objetivos se inscreviam na normatização e controle da população urbana dentro dos padrões desenvolvidos pelo campo das ciências médicas no Rio de Janeiro. De acordo com Engel, a construção de instituições para os “loucos” também estava inserida no processo de construção da loucura

enquanto doença mental e na constituição da medicina enquanto produção de saber e de poder.

Outro trabalho importante para pensar a questão da saúde mental no Brasil, refere-se ao texto de Yonissa Marmitt Wadi, intitulado '*Palácio para guardar doidos: uma história das lutas pela constituição do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul*'. Em seu trabalho, Wadi problematiza a construção do Hospício São Pedro em Porto Alegre, bem como a institucionalização do saber médico no final do século XIX.

Segundo Wadi (2002b), no Rio Grande do Sul, os médicos tiveram que lutar pela institucionalização da psiquiatria enquanto um saber médico. A luta travada por eles acabou resultando na construção de um local específico para o tratamento da loucura. Assim, a leitura deste trabalho, entre outros elementos, permite compreender parte do processo de constituição da assistência à saúde mental no Brasil. Sem perder de vista as particularidades específicas de cada local e temporalidade, entender a institucionalização do saber médico psiquiátrico, torna-se fundamental para observar a posterior construção de hospitais psiquiátricos e a expansão da assistência à saúde mental ocorrida no século XX.

Para pensar no movimento da assistência psiquiátrica no Estado do Paraná, utilizei o trabalho, fruto da tese de doutorado de Mauricio Ouyama, intitulado *Uma máquina de curar: o hospício Nossa Senhora da Luz em Curitiba e a formação da tecnologia asilar (final do século XIX e início do XX)*. Neste trabalho, o autor se propõe a analisar o que pode ser compreendido como o início da constituição da assistência psiquiátrica no Paraná, tendo em vista que a instituição que Ouyama investiga foi o primeiro hospital psiquiátrico implantado no estado.

O autor problematiza a implantação do Hospício Nossa Senhora da Luz inserido nas conjunturas políticas, sociais e teóricas em relação à medicina. Segundo Ouyama (2006), compreender o surgimento da maquinaria asilar através do Hospício Nossa Senhora da Luz, permite entender também as estratégias de consolidação do saber psiquiátrico no Paraná. Neste sentido, compreender a construção do Hospício Nossa Senhora da Luz, é de fundamental importância para esta proposta de pesquisa, pois permite observar os movimentos da assistência psiquiátrica no Paraná e como esta foi se constituindo de acordo com as temporalidades e particularidades de cada estado e cidade.

O movimento da assistência psiquiátrica no século XX ocorreu de maneira semelhante em algumas cidades do país. No entanto, é preciso estar atento às especificidades das cidades, das construções de hospitais e como estes, serviram ou não, como coadjuvantes no processo de constituição das cidades. Assim, o trabalho de Paulo Fernando Souza Campos, intitulado

Os enfermos da Razão: cidade planejada, exclusão e doença mental (Maringá, 1960-1980), permite compreender o processo de construção do Sanatório Maringá, em 1966.

Campos (2004), ao analisar o planejamento da cidade de Maringá, procura compreender como as elites locais, através de diversos discursos, utilizaram a construção de um hospital psiquiátrico – Sanatório Maringá, para servir a seus propósitos. Na tentativa de constituir uma cidade planejada para ser bela, sem problemas, urbanizada e moderna, denominada pelos idealizadores da “colonização” como “cidade-jardim”, muitas pessoas não fizeram parte deste projeto e se fez necessária a construção de um espaço para destinar a população de indesejados.

Segundo Campos (2004), a cidade estava planejada pelas elites locais, para o progresso, para as pessoas que estavam interessadas em enriquecer, que estivessem qualificadas para o trabalho urbano e suas demandas de industrialização. Vale dizer que esse ideal de colonizador para construir a cidade, era representado por sujeitos que, de certa forma, já possuíam um poder econômico significativo.

Assim, foi imposto um “ideal de homem” para habitar a cidade: trabalhador, ordeiro, valente e as pessoas que não se enquadravam nesses valores, não serviam para fazer parte da construção da cidade. Portanto, “muitos homens e mulheres foram literalmente expulsos da cidade por não possuírem as condições de vida e trabalho imposto aos habitantes da cidade”. (CAMPOS, 2004, p.37). Segundo Campos, essas pessoas surgiam em relatos de jornais como loucos, criminosos, vagabundos e baderneiros.

Para o autor, as elites da “cidade-jardim” tentavam esconder os problemas sociais existentes, forjando uma sociedade bela e sem conflitos, como haviam almejado desde o início da formação da cidade. Para Campos, o que as elites tentaram fazer em Maringá foi a moralização dos costumes, homogeneizando o meio social, no qual todos deveriam seguir o mesmo padrão de vida e de moral. “A cidade buscava manter uma estrutura urbana que operasse não só na reorganização do seu espaço interno, mas redefinindo o espaço circundante.” (CAMPOS, 2004, p. 138).

De acordo com Campos (2004), no início da década de 1960, as elites divulgavam um alto índice de indigentes na cidade, os quais eram atendidos por instituições filantrópicas, que em conjunto com elites passaram a representar um instrumento de coerção, reforçando o policiamento nas ruas e demais espaços públicos a fim de controlar os desajustes e os desajustados sociais, destinando para estes, o espaço asilar. Tratava-se de um pensamento marcado por pressupostos de condutas morais, confundindo-se discurso psiquiátrico com o

discurso jurídico, propiciando um terreno para a segregação e exclusão de homens e mulheres pobres, principalmente a população egressa do campo para a cidade.

Para pensar a relação entre sistemas público e privado, tenho como referência o texto de Telma Maria Gonçalves Menicucci, intitulado *Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil: atores, processos e trajetórias*, em que a autora discute a configuração da assistência à saúde no Brasil. Segundo Menicucci (2003), este processo é caracterizado por um sistema que engloba a coexistência entre o público e o privado.

De acordo com a autora, a articulação entre o sistema público e privado na assistência à saúde foi possível através de diferentes configurações na política brasileira que permitiram que ambos os sistemas caminhassem lado a lado. A partir da configuração de arranjos políticos e acordos entre os empresários do ramo, a assistência à saúde foi sendo redefinida e as políticas reelaboradas para atender aos interesses de determinados grupos sociais.

Neste sentido, o trabalho de Menicucci auxilia a pensar a assistência à saúde de uma forma mais ampla, compreendendo a expansão do atendimento psiquiátrico privado no Paraná inserida nas conjunturas políticas e sociais a partir da década de 1960. Segundo a autora, a relação entre público e privado faz parte do processo de expansão do atendimento à saúde no Brasil. Tendo como base estes pressupostos, investiguei como ocorreu a configuração da assistência psiquiátrica privada no Paraná e como os diversos atores sociais envolvidos nestes processos se colocaram diante de uma política em transformação.

Para problematizar o processo de constituição da assistência psiquiátrica no Estado do Paraná, utilizei como principal referencial teórico Michel Foucault. Este autor apresenta significativas contribuições para pensar as relações de poder e os jogos de verdade que instituem discursos e práticas, como a da assistência privada na psiquiatria. Suas proposições me impulsionaram a investigar e compreender os sentidos da luta pela manutenção dos leitos psiquiátricos privados, num momento de reforma psiquiátrica, luta que os proprietários destes hospitais têm mantido até os dias de hoje, através dos discursos que permeiam a sociedade, inseridos em relações de poderes. Segundo Foucault, pode-se dizer que existem várias formas de discursos e maneiras pelas quais estes podem ser entendidos ou se fazem entender.

Discursos que ‘se dizem’ no correr dos dias e das trocas, e que passam com o ato mesmo que os pronunciou; e os discursos que estão na origem de certo número de atos novos de fala que os retomam, os transformam ou falam deles, ou seja, os discursos que indefinidamente, para além de sua formulação, são ditos, permanecem ditos e estão ainda por dizer. (FOUCAULT, 1996, p. 22)

Os discursos estão inseridos num jogo de acontecimentos imbricados em relações sociais. Desta forma, os proprietários das instituições psiquiátricas os elaboram para mantê-las em funcionamento. Nestes discursos, encontra-se um jogo de forças em que há a luta dos hospitais psiquiátricos privados para que se mantenham em convênio com Estado, por meio do SUS. Assim, os defensores dos leitos psiquiátricos, quando lhes convém, divulgam sua situação e suas práticas para a sociedade de várias formas, mas principalmente colocando-se como um serviço indispensável e, em algumas vezes, se apresentando como insubstituíveis no tratamento psiquiátrico.

Para Foucault, a questão do poder está sempre presente. Trata-se de relações que estão em todo lugar e, ao mesmo tempo, não estão em lugar nenhum. É necessário que tais relações sejam analisadas em sua multiplicidade. Segundo o autor, o poder não é algo unitário, global e homogeneizado, é entendido como formas díspares, heterogêneas, em constante transformação, visto como uma prática social e, portanto, constituída historicamente, entendida como relações de poder. (MUCHAIL, 1985, p. 196-208)

As análises feitas por Foucault, entre outros elementos, também inspiraram na década de 1970 questionamentos sobre o atendimento psiquiátrico, contribuindo para a construção de argumentos que reivindicaram tratamentos mais humanitários, extra-hospitalares, sem a prática de exclusão social, visando uma melhor reinserção do indivíduo na sociedade, com mais dignidade e respeito à sua diversidade.

A contribuição de Foucault é significativa na percepção de que saber e poder se implicam, formando um conjunto de relações nas quais o poder constitui o saber, assim como todo saber constitui relações de poderes. (FOUCAULT, 2006) Para o autor, toda teoria é provisória, desta forma, a abordagem historiográfica, a forma como é utilizada e de como o método pode ser aplicado, depende do estado de desenvolvimento que se encontra a pesquisa. “Foucault é, como observa Megill, ‘antidisciplinar, uma pessoa à margem de todas as disciplinas, colhendo delas apenas com o objetivo de miná-las.’ Megill conclui que ‘embora ele não seja da disciplina, é importante para ela’.” (O’BRIEN, 2001, p.41). Foucault, ao abordar objetos considerados “tabus” pela historiografia “tradicional” como a loucura, as prisões, as clínicas,

[...] faz ressurgir o esquecido, o recalcado da razão, e abre as portas para uma nova sensibilidade histórica que já não é a valorização dos heróis, que estão cansados, nem a da glorificação dos condenados, cuja dialética ficou presa em seus próprios nós em 1956, mas a sensibilidade dos esquecidos da história, buscados em todas as pistas deixadas para trás das paredes entre as quais a Razão os encerrou. (DOSSE, 2001, p. 197).

As análises genealógicas do poder foram importantes para pensar e elaborar os deslocamentos em relação à ciência política, pois para Foucault, o poder estava limitado ao Estado na visão teórica marxista. A sua genealogia possibilitou evidenciar a existência de formas de exercícios de poder diferentes e fora do Estado, relações de poder que estavam articuladas ao Estado de maneiras diversas e indispensáveis para a sustentação, aceitação e atuação eficaz do Estado. A sua “genealogia” da loucura, o nascimento das clínicas, das prisões, os poderes disciplinares e a prática dos discursos como forma de validar o poder, são questões importantes para pensar a constituição das instituições disciplinares e a legitimação da psiquiatria na medicina.

Foucault procura evidenciar que os poderes se exercem de diversas formas, em níveis variados e em locais diferentes da rede social, “neste complexo os micro-poderes existem integrados ou não ao Estado.” (MACHADO, 1979, p.XII). O autor procura fazer uma análise das relações de poder, compreendendo diferentes esferas sociais, dando atenção às dimensões mínimas, atribuindo a denominação de microfísica do poder.

Segundo Foucault, o poder não é algo palpável, que possa ser detido, ele é constituído nas relações, entendidas como relações de poder. O poder não é algo mecânico, ele “está sempre presente” e é constituído a partir da multiplicidade das relações de forças articuladas ao sujeito e ao processo histórico. Foucault lança um olhar com possibilidades de novos objetos e novas práticas de pesquisas. “Uma das contribuições reconhecidas de Foucault [...] encontra-se na importância que ele atribui a linguagem/discurso enquanto meio de apreender as transformações” (O’BRIEN, 2001, p. 59).

Portanto, o conceito de poder desenvolvido por Foucault, possui suas particularidades e especificidades características de seus objetos de pesquisas e ao utilizá-lo como pressuposto teórico é preciso ter prudência, caso contrário, corremos o risco de formular uma concepção geral sobre o que não é e nem pode ser generalizante. Enfim, “Foucault reformulou a compreensão histórica muito mais através da prática do que da teoria. Em sua tentativa de reescrever a história da civilização ocidental, desafiou-nos a questionar nossos pressupostos” (O’BRIEN, 2001, p.62) e abrir mão de teorias que já estavam “cansadas” direcionando e reelaborando novas possibilidades para uma história da cultura nova e política.

Diante desta perspectiva, para compor este trabalho, utilizei um conjunto amplo e diversificado de fontes históricas, que possibilitaram compreender o processo de transição da assistência psiquiátrica em Cascavel. Inseridos neste processo, é possível observar a “morte” do hospital psiquiátrico e o “nascimento” de uma rede alternativa de assistência psiquiátrica.

Diante disso, as fontes orais possuem uma posição central neste trabalho. Os depoimentos permitiram analisar a conjuntura social na qual estão inseridos os sujeitos que de uma forma ou de outra, fizeram e/ou ainda fazem parte da assistência psiquiátrica no município.

É preciso estar atento para as temporalidades distintas em que cada documento foi elaborado. Para Michael Pollak “se a memória é socialmente construída, é óbvio que toda documentação também o é” (POLLAK, 1992, p. 8). Desta forma, a produção do documento também é resultado de uma seleção e de uma organização de memórias a serem transmitidas. Portanto, é importante perceber as particularidades dos documentos e o que cada um significa no seu tempo.

Por isso, para o historiador é imprescindível à análise das fontes para compreendê-las em conjunto e perceber as especificidades dos processos históricos. Tanto os depoimentos orais como os documentos escritos são construídos socialmente, neste sentido, um complementa o outro. Segundo Raphael Samuel,

A evidência oral torna possível escapar de algumas das falhas dos documentos [...], e o testemunho que traz é pelo menos tão importante quanto o das cercas vivas e campos, embora um não deva excluir o outro. Há verdades que são gravadas nas memórias das pessoas mais velhas e em mais nenhum lugar; eventos do passado que só eles podem explicar-nos, vistas sumidas que só eles podem lembrar. Documentos não podem responder. (SAMUEL, 1990, p. 230)

Para Alessandro Portelli, é preciso entender a entrevista como uma troca de olhares em que tanto entrevistado, quanto entrevistador estão investigando e sendo investigados. Deve-se olhar para a entrevista como uma experiência mútua. Este autor chama a atenção, para que o investigador perceba a relação que se estabelece durante uma entrevista, a partir do lugar de onde o entrevistado está falando. Isto se remete a questões de posição social, local da entrevista, forma de abordagem e a posição que o historiador assume diante de sua fonte. (PORTELLI, 1997).

É preciso problematizar as fontes orais, percebendo o sujeito constituído a partir de suas experiências vividas e narradas. Segundo Portelli, o ato de lembrar se faz de forma relacional, em que o sujeito rememora um passado vivido, reelaborando-o num presente perpassado por experiências novas, que são acrescentadas em sua vivência. Assim, é preciso olhar para um depoimento como algo constituído socialmente e que está sujeito a constantes transformações. (PORTELLI, 1997).

A partir dos elementos propostos por estes autores é preciso pensar os depoimentos, relacionando-os com a posição social que cada sujeito ocupa. Neste caso, trata-se em sua maioria de representantes oficiais dos serviços de saúde mental e, como tais, carregam consigo a tarefa de apresentar os serviços existentes no município de uma forma positiva, aparentemente sem dificuldades ou quase totalmente sem problemas. No entanto, foi possível identificar nas falas a falta de investimento financeiro na saúde mental pelo poder público. Notar esses elementos só se tornou possível através dos depoimentos e não se evidenciam em outras fontes.

As imagens são fontes construídas historicamente no tempo. A maior parte das utilizadas neste trabalho foi produzida para pensar os espaços geográficos onde estão inseridos os serviços psiquiátricos. Neste sentido, as imagens sugerem diversas possibilidades para outras interpretações, que podem ser distintas das que o fotógrafo tentou transmitir ao registrá-la.

Para Boris Kossoy em sua obra *Fotografia & Imagem*, a produção imagética passa pelo filtro cultural do olhar do fotógrafo. Segundo o autor, é possível que dois fotógrafos produzam diferentes imagens de um mesmo local ou assunto retratado. Na perspectiva de Kossoy, o que vai diferenciar ou delinear os elementos da imagem é a bagagem cultural de cada fotógrafo que definirá os sentidos e sensibilidades que serão empregados na confecção de um recorte fotográfico. Em suas palavras:

O registro visual documenta, por outro lado, a própria atitude do fotógrafo diante da realidade; seu estado de espírito e sua ideologia acabam transparecendo em suas imagens, particularmente naquelas que realiza para si mesmo enquanto forma de expressão pessoal. (KOSSOY, 2001, p. 46).

Diante da concepção de Kossoy é possível afirmar que toda fotografia foi produzida seguindo certas intenções e finalidades. Estes registros por sua vez, serão sempre constituídos como meios de informação e conhecimento e carregarão consigo seu valor documental e iconográfico, possibilitando múltiplas interpretações dos diversos sujeitos.

Na perspectiva de Burke:

Antes de tentar ler imagens “entre as linhas”, e de usá-las como evidência histórica, é prudente começar a comprehendê-las pelo seu sentido. Porém, pode o sentido de imagens ser traduzido em palavras? O leitor deve ter observado que o capítulo anterior descreveu imagens como nos ‘contando’ alguma coisa. De uma certa maneira elas assim o fazem; imagens são feitas para comunicar. Em outro sentido elas nada nos revelam. Imagens são

irremediavelmente mudas. Como disse Foucault, ‘o que vemos nunca está no que dizemos’. (BURKE, 2017, p. 55).

Neste sentido, se por um lado as imagens são mudas e não nos revelam nada, por outro elas nos informam, nos mostrando elementos que com palavras não poderíamos descrever. Há imagens produzidas que se constituem como um caminho para compreender os significados atribuídos pelos usuários aos serviços de saúde mental que foram visitados. A historiadora Riciele Majorí Reis Pombo em seu trabalho intitulado *A Nova Política de Saúde Mental: entre o precipício e paredes sem muros (Uberlândia – 1984/2006)*, problematiza – entre outras questões - a subjetividade dos usuários do serviço de saúde mental em Uberlândia. Ainda que a realidade analisada nessa dissertação seja bastante diferente da que eu proponho discutir, ela trouxe contribuições importantes para a compreensão da subjetividade em “estar louco”.

A autora evidencia por meio das manifestações artísticas e culturais dos usuários do serviço de saúde mental, as leituras que os sujeitos fazem de si e do meio social onde eles vivem. Embora esse tratamento alternativo ainda seja pautado pela medicação, “a busca dos profissionais por experiências com terapias ocupacionais redirecionam as abordagens que privilegiam muito mais o lado social do que alopático da loucura.” (POMBO, 2007, p.152).

Pombo (2007) apresenta como é o tratamento em uma clínica psiquiátrica que oferece um serviço alternativo à população, ou seja, um tratamento extra-hospitalar, sem a prática de internamentos, que ocorrem só em momentos de crise, de extrema necessidade, o que possibilita aos usuários, que façam o tratamento durante o dia participando das atividades desenvolvidas na clínica, como terapias ocupacionais, oficina de teatro, música, dança e à noite possam retornar para casa.

As oficinas desenvolvidas na clínica permitem ao usuário se sentir incluído na sociedade, por se tratar de oficinas que estimulem a ação do sujeito em práticas rotineiras, mesmo que seja um simples arrumar de cama ou ajudar na cozinha. Em alguns depoimentos que a autora analisa é possível perceber uma associação entre a terapia e a reinserção do meio social. Nas palavras da autora:

[...] participação em atividades com a possibilidade de voltar a ‘ser gente’, como se a dependência e a necessidade de cuidado a deixassem impotente, incapaz de tomar decisões e participar do cotidiano familiar, recuperada pela responsabilidade que lhe conferem na instituição de execução de determinada tarefas. (POMBO, 2007, p. 154).

É importante compreender como pequenas tarefas, atividades rotineiras desenvolvidas na clínica por esses sujeitos recebem outros significados em sua vivência, o que para um sujeito “normal” é visto como parte do cotidiano, para os usuários são atribuídas ressignificações e passa a ser visto como uma prática que possibilita serem reconhecidos como “gente”.

Por meio das atividades culturais desenvolvidas pela clínica, como a música, pintura, poesia, dança, teatro e canto, é possível perceber as ressignificações e reelaborações de suas vivências expressas na arte, como forma de reivindicar seus direitos, melhores condições de tratamento e de respeito na sociedade. “As manifestações desvelam nuances que extrapolam o olhar de quem cuida, ultrapassando os muros da instituição, revela suas vivências nos espaços nos quais transita”. (POMBO, 2007, p.156).

O Hospital São Marcos (HSM) foi fundado em 1970, conforme já mencionado anteriormente. Para o desenvolvimento deste trabalho, foi realizada uma ampla pesquisa em diversos arquivos e meios de comunicação, tanto em locais físicos como eletrônicos. Entretanto, foram encontradas poucas fontes que pudessem fornecer informações sobre a história do Hospital, sua organização interna e forma de prestar assistência.

A internet hoje se coloca como um grande meio de busca de dados e de conteúdo e, mesmo diante destas possibilidades de pesquisa os elementos encontrados sobre HSM são bastante limitados. A principal fonte de informação sobre o funcionamento da instituição veio dos depoimentos do ex-proprietário e de sua esposa e, de algumas edições de jornais, que apresentavam os problemas sofridos pela instituição, principalmente no que se refere ao período que antecede o fechamento do HSM.

Outra fonte utilizada neste trabalho, refere-se à imprensa escrita, seja ela através do jornal impresso ou páginas eletrônicas. A partir dos diversos jornais locais, como também naqueles de circulação estadual e em temporalidades distintas buscou-se compreender como os diversos discursos são proferidos para uma defesa dos leitos psiquiátricos. Utilizando a imprensa como fonte foi possível perceber os discursos elaborados pelas instituições para se manterem em funcionamento, como também observar como a imprensa local olhou para o fechamento do HSM e para a articulação do movimento da reforma psiquiátrica no Paraná, pautada na implantação da rede substitutiva em Cascavel.

Com relação à análise a partir da imprensa é importante estarmos atentos às estratégias e aos grupos que estes aparelhos privados de comunicação representam. Desta maneira é possível compreender os discursos produzidos acerca de determinados temas. Lidar com este aporte documental requer do historiador uma atenção redobrada na análise dos editoriais,

compreendendo a reportagem não de forma isolada, mas no conjunto do periódico como um todo.

Para Perseu Abramo, a imprensa aparece enquanto fonte legitimadora de medidas políticas e/ou das estratégias de mercado. Para o autor, a principal característica da imprensa na atualidade concentra-se na manipulação da informação, que pode ser feita de várias formas, seja através da ocultação de informações, fragmentação ou até mesmo construção de informações. Em suas palavras: “[...] o público – a sociedade – é cotidiana e sistematicamente colocado diante de uma realidade artificialmente criada pela imprensa e que se contradiz, se contrapõe e frequentemente se superpõe e domina a realidade real que ele vive e conhece”. (ABRAMO, 2003. p. 24).

Com uma descrição detalhada de cada processo de manipulação, Perseu Abramo apresenta possibilidades que permitem pensar as posturas adotadas dos diversos órgãos de imprensa localizados no Paraná e nas cidades onde se implantaram os hospitais psiquiátricos. Compreender como os discursos têm sido difundidos, inseridos numa esfera regional a partir dos mecanismos de informação, proporciona estabelecer reflexões acerca dos significados e valores atribuídos à assistência psiquiátrica em hospitais privados.

Ainda com a intenção de compreender o movimento da reforma psiquiátrica, investiguei documentos produzidos pelos governos nacional, estadual e municipal, como a Legislação em saúde Mental, documentos da Assembleia Legislativa do Paraná, da Câmara Municipal, da Secretaria de Saúde do Município e do Conselho Municipal de Saúde de Cascavel.

A partir de uma preocupação com a construção e a produção de um conhecimento histórico comprometido com a compreensão da multiplicidade de processos, é preciso estar atentos antes de tudo às especificidades, saber olhar o heterogêneo e, como afirma Beatriz Sarlo, mais do que acusar e julgar é preciso perguntar e investigar os vestígios do passado.

Neste sentido, para pensar os documentos produzidos por órgãos governamentais, pautei-me em um “olhar político”, como afirma Sarlo, um olhar que “supõe descobrir as fissuras no consolidado, as rupturas que podem indicar mudanças.” (SARLO, 1997, p.60-1). É importante neste sentido, voltar-se para a história a partir de um olhar mais amplo, mais atento e mais aberto, inserido na tentativa de compreender as sensibilidades e possibilidades de desenvolvimento do trabalho que a pesquisa pode nos oferecer.

O olhar político organiza e criticamente põe em contato, traça paralelos entre questões que, do ponto de vista social e

programático, não necessariamente se encontrariam. Tais redes, qualquer que seja seu sentido, não são um novo sistema de hierarquias, mas antes um espaço de visibilidade das diferenças, orientando não apenas para a mudança mas também interessado na democratização das instituições culturais. (SARLO, 1997, p. 63)

Para Sarlo, este “olhar político”, é um convite para se abrir ao novo, à mudança de paradigmas, às rupturas, mas também às permanências, a se livrar do senso comum, a perceber as diferenças e entender o objeto em sua forma relacional. O olhar político é consciente de sua historicidade, assim como deve ser também, todo historiador.

Diante dos elementos expostos, para compreender o processo de transição da assistência psiquiátrica em Cascavel, este trabalho está organizado em 5 capítulos. No primeiro capítulo intitulado “*Entre Teoria a Prática: A Legislação em Saúde Mental e os Caminhos da Assistência Psiquiátrica*”, dividido em 3 subitens, apresento um breve histórico da cidade de Cascavel, bem como traço o cenário da assistência psiquiátrica no Brasil, expondo o processo da reforma psiquiátrica e a implantação da Lei N° 10.216 que regulamenta o atendimento à saúde mental. Em paralelo às mudanças promovidas por tal legislação, em que uma das prerrogativas é o fechamento de leitos psiquiátricos, problematizo no terceiro item deste capítulo os discursos elaborados pelos representantes de hospitais psiquiátricos privados para reivindicar leitos especializados. Um discurso que caminha entre a reivindicação por melhorias e mais investimentos na saúde mental e a preocupação com a fonte de lucro vinda dos leitos psiquiátricos não mais financiados pelo SUS.

O segundo capítulo é intitulado “‘*O Sonho Dourado’: Hospital e Casa de Saúde São Marcos como uma empresa familiar*”. Este capítulo está dividido em dois subitens, nos quais analiso como estava configurado o Hospital São Marcos na cidade de Cascavel, tanto em termos estruturais como em relação às práticas assistenciais. Para isto, faço uso principalmente dos depoimentos dos ex-proprietários da instituição, bem como de fontes da imprensa local, com intuito de compreender as nuances históricas de “dentro do muro”, isto é, a partir da visão dos ex-proprietários.

O terceiro capítulo, denominado “‘*Se correr o bicho pega e se ficar o bicho come’: O debate sobre a reorganização da saúde mental em Cascavel*” é composto por dois subitens, nos quais problematizo o debate ocorrido no município sobre a reorganização do atendimento à saúde mental. Neste capítulo analiso os primeiros “ventos” da reforma psiquiátrica, com a discussão realizada na 5ª Conferência Municipal de Saúde realizada em 2001, a qual resultou na elaboração do Plano Municipal de Saúde Mental e, posteriormente em 2003 no fechamento

do Hospital São Marcos. Neste sentido, investigo diversas fontes históricas lanço mão de múltiplos olhares sobre este complexo processo ocorrido entre os anos 2001 e 2003.

No quarto capítulo denominado “*A Constituição da Rede de Saúde Mental em Cascavel*”, observei que após o fechamento da instituição psiquiátrica, o município precisou se articular para criar uma rede alternativa de atendimento à saúde mental. Assim, procurei compreender os debates que possibilitaram a criação desta rede municipal de assistência psiquiátrica, bem como a sua configuração na atualidade. Neste capítulo foi possível identificar a estruturação da Rede através do matriciamento e da intersetorialidade, em que se percebe uma divisão de papéis entre os serviços especializados, a rede básica de atenção primária à saúde e o papel da família no tratamento e recuperação do doente mental.

No quinto e último capítulo com o título “*Conhecendo os Serviços de Atenção à Saúde Mental de Cascavel – PR*” apresento os serviços públicos de assistência psiquiátrica existentes no município de Cascavel, compostos de Centro de Atenção Psicossocial - CAPS de diferentes modalidades; ambulatório que oferece suporte apenas para os municípios de Cascavel; o Serviço Integrado de Saúde Mental do Paraná - SIMPR, um serviço que atende toda a 10ª Regional de Saúde, cuja sede se localiza em Cascavel. E ainda, o Hospital Universitário, que através de um processo judicial foi obrigado a implantar leitos psiquiátricos para adolescentes em suas dependências.

Por fim, nas “*Considerações Finais*” apresento as conclusões obtidas com a pesquisa. Por hora, foi possível concluir que a cidade de Cascavel, possui uma rede alternativa de assistência psiquiátrica, porém insuficiente para atender a demanda existente no município e região. Além disso, observei que as questões referentes à saúde mental estão em constantes debates, longe de serem tratadas como um processo finalizado. Recentemente ocorreram novas mudanças na legislação em saúde mental, fazendo-me perceber que tempos de dúvidas e incertezas em relação à continuidade e desenvolvimento das políticas públicas estão por vir. Entretanto, após as contribuições históricas deixadas por este trabalho, apresento desafios e novas possibilidades de investigações futuras para historiadores que desejam investigar sobre a fascinante História da Saúde Mental no Brasil.

CAPÍTULO 1: ENTRE TEORIA E PRÁTICA: A LEGISLAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E OS CAMINHOS DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA

1.1: O CENÁRIO DA PESQUISA: CIDADE DE CASCAVEL - PARANÁ

Fundada oficialmente em 14 de dezembro de 1952, a partir de um desmembramento do município de Foz do Iguaçu, a cidade de Cascavel está situada na região oeste do estado do Paraná e atualmente possui uma população de 316.226 habitantes. Porém, segundo Irene Spies Adamy, em sua dissertação a historiadora afirma que o povoamento do local se iniciou na década de 1930, “quando chegaram à região alguns colonos descendentes de poloneses oriundos de Santa Catarina, bem como de ‘caboclos’ oriundos de Guarapuava.” (2010, p.51).

De acordo com a autora, a ocupação dessa região foi um processo complexo, permeado por disputas políticas, econômicas e de acordos com o governo. Para Adamy, na primeira metade do século XX havia grandes facilidades de acesso a terras devolutas.

[...] Além de não exigir nenhuma formalidade, bastava ao posseiro entrar na mata, construir uma casa (ou rancho), limpar uma pequena área de mata, plantar uma roça e demarcar a área de posse. Em seguida, deveria ser feita a solicitação do título de posse, que mais tarde seria confirmado como título definitivo. (MYSKIW, 2000, p.74 apud: ADAMY, 2010, p. 51).

De acordo com Adamy, após a emancipação política de Cascavel as concessões de terras se intensificaram, tendo como proposta acabar com os conflitos de terras na região. Neste cenário ocorreu o favorecimento de algumas famílias abastadas que já estavam estabelecidas na região, como também de novas posses que surgiram. Nas palavras da autora,

A partir da emancipação política de Cascavel, o Governo do Paraná efetivou a titulação de novas áreas e também de áreas ocupadas por posseiros de longa data, numa tentativa de resolver impasses e disputas envolvendo as posses, em especial dos posseiros de pequenas áreas. As grandes áreas de posse foram ‘legalizadas’ com o apoio do Governo do Paraná [...] (ADAMY, 2010, p. 53).

Entretanto, a partir da década de 1940 as empresas colonizadoras e o Estado, passaram a tomar a frente dos negócios e tinham grande interesse em “viabilizar o povoamento, a venda ou doação de terras, com ou sem titulação” (ADAMY, 2010, p. 52). O que se observa na década de 1950 é que boa parte das terras eram devolutas e para ter acesso a elas, com o direito sobre a propriedade garantido, era necessário, segundo a autora, comprovação de posse

feita pelo interessado junto aos órgãos do Estado. Este fato acirrou os conflitos de posse de terra, entre os novos proprietários e os posseiros:

[...] Alberto Pompeu, um dos primeiros moradores de Cascavel, [afirmou que] durante o Governo de Lupion havia um esquema para titular terras para terceiros envolvendo representantes de órgãos do governo do Estado, cartórios, polícia e autoridades locais. Pompeu relatou que, à época, o pretendente á área de terra ‘ia lá no cartório, fazia a escritura, registrava e tudo bem: aí você tinha o proprietário. Daí, você tinha o problema do posseiro. Então, as vezes tinha que tirar o posseiro que estava lá. Ai vocês tem que juntar os jagunços pra tirar os posseiros de lá (POMPEU, 2009 apud. ADAMY, 2010, p. 52).

Segundo Adamy, embasada em um conjunto de bibliografias sobre a ocupação do oeste do Paraná, tal processo se deu por meio de empresas privadas que atuavam em jogo de favorecimento entre estas empresas e o Estado.

[...] A colonização de terras que compreendem a região Oeste foi efetivada, basicamente, por empresas privadas. Porém, o Governo do Estado do Paraná teve participação direta no processo atuando principalmente na concessão de terras e títulos a estas empresas, aos novos posseiros, ou aos posseiros que ali já se encontraram desde as primeiras décadas do século XX. Este foi um processo conflituoso, marcado pelo favorecimento político e por disputas em torno do direito de posse e de propriedade da terra, a exemplo dos processos em disputas entre União, o Estado e a empresa Braviaco. (ADAMY, 2010, p. 53).

Estes conflitos por terras favoreceram o fortalecimento de uma elite agrária atuante na região, exercendo significativa influência na política regional e estadual. Adamy, identificou em sua pesquisa que a partir da década de 1960 ocorreu uma concentração fundiária na cidade de Cascavel. Segundo a autora, “tratando-se dos estratos por números de estabelecimentos a faixa de 1 a 10 ha. É 60,63 vezes maior do que a faixa dos que tinham mais de 1.000 ha. Por outro lado, esta ultima faixa detinha 8,33 vezes mais áreas do que o total da faixa menor.” (ADAMY, 2010, p. 60).

Na perspectiva de Adamy (2010), acerca do desenvolvimento do município de Cascavel, com o avanço das tecnologias e a introdução da maquinaria no campo, as propriedades pequenas foram se tornando cada vez mais escassas, dando espaço para as grandes propriedades rurais. Assim, a autora observou que a partir da década de 1970 ocorreu um esvaziamento do espaço rural e, consequentemente um crescimento na urbanização de Cascavel. Segundo Adamy,

O crescimento acelerado da população localizada no espaço urbano de Cascavel é resultado de um conjunto de transformações produzidas no país e que se manifestaram na região oeste. Além do êxodo rural, pode-se observar o esvaziamento de pequenos centros urbanos e pequenas vilas cuja população deslocou-se para centros maiores, em busca de trabalho, serviços de saúde e educação. (ADAMY, 2010, p. 68).

O rápido crescimento urbano de Cascavel gerou o deslocamento populacional para as periferias da cidade, provocando problemas de urbanização como, por exemplo, a constituição de favelas, ocupações ilegais, tanto de terrenos públicos como privados. De acordo com Adamy (2010), estes problemas foram ocasionados principalmente pela falta de planejamento integral, semelhante ao que ocorreu em outros processos de formação de centros urbanos no país.

Para compreender a situação atual da população cascavelense, a autora analisou dados do IBGE (2000) referentes à produção de bens, salários e *renda per capita*, observando em seu trabalho uma acentuada desigualdade social e de divisão de riquezas. Para Adamy,

A comparação entre os dados referentes à produção e distribuição de riquezas nos permite perceber que, se por um lado, a produção de bens é significativa na economia de Cascavel, por outro, a riqueza produzida é intensamente concentrada, tanto pela exploração do trabalhador rural, da indústria, da agroindústria e do setor de serviços, como pela intensa concentração de terra nas mãos de um pequeno número de famílias que estendem seus negócios a outros segmentos da economia regional e nacional. (ADAMY, 2010, p. 72).

Após apresentar de forma sucinta a configuração do cenário onde meu objeto de pesquisa está localizado, podemos considerar que atualmente, o município de Cascavel tornou-se um polo econômico para a região. Sua economia é predominantemente rural, formada por grandes propriedades rurais e voltada para o agronegócio, todavia, a maior parte da população é urbana. É possível observar que se trata de um espaço complexo, carregado por disputas locais em que apenas algumas poucas famílias detêm o poder econômico e político na região. Ao mesmo tempo, também é possível perceber que a cidade de Cascavel é um local heterogêneo, permeado por experiências múltiplas e suas particularidades locais, como por exemplo, o desenvolvimento do setor da saúde do município.

De acordo com Tonini (2005) e Reis (2009) em relação a assistência à saúde, o município de Cascavel tornou-se referência, pois atende diversas especialidades médicas, possui médicos capacitados e laboratórios bem equipados. A cidade conta hoje com 9 hospitais, sendo 3 deles privados, 1 público - o Hospital Universitário ligado à Universidade

Oeste do Paraná- Unioeste e 5 são privados, mas mantêm convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS), somando um total de 1196 leitos disponíveis para Cascavel e região.(CASCAVEL, 2017).

De acordo com o Plano Municipal de Saúde de Cascavel (2014-2017), o SUS promove divisões territoriais como forma de descentralizar o atendimento e operacionalizar ações. Essas divisões, segundo o documento, podem ser “o município, o distrito sanitário, a microárea, a área de abrangência de unidades de saúde, dentre outros.” (CASCAVEL, 2014) Neste sentido, a cidade de Cascavel está dividida em 3 Distritos Sanitários com 36 unidades de saúde, distribuídos entre áreas rurais e urbanas. Para esse documento, essas divisões:

[...] são áreas de atuação de caráter administrativo, gerencial, econômico ou político, que se estruturam no espaço e criam territórios próprios, dotados de poder. Os distritos sanitários constituem-se como uma estratégia para a implementação do SUS, funcionando como uma unidade operacional básica mínima do Sistema Nacional de Saúde. (CASCAVEL, 2014, p. 60)

A atenção primária é realizada nas unidades básicas de saúde. São 36 postos de atendimentos considerados como a “porta de entrada” para o sistema municipal de saúde. São compostas de Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidade de Saúde da Família (USF) e as Unidades de Pronto Atendimento (UPAS). Segundo Tonini, desde o fechamento do hospital psiquiátrico e “com a implantação e organização de atenção à saúde ao indivíduo em sofrimento psíquico e seus familiares, as UBS e USF tornam-se, a partir de novembro de 2003, porta de entrada para os serviços especializados em Psiquiatria e Saúde Mental.” (TONINI, 2005, p. 23).

De acordo com as informações coletadas na página eletrônica da Prefeitura Municipal de Cascavel as UBS possuem significativa importância no processo de atendimento às pessoas, pois além de realizarem a assistência inicial, essas unidades redirecionam para as demais especialidades médicas. Segundo essas informações, as UBS:

Desenvolvem atividades assistenciais e de prevenção em seu território de abrangência. Acumulam a responsabilidade pela operacionalização das políticas de saúde em todos os níveis de atendimento, incluindo-se o atendimento ambulatorial programado nas diferentes áreas: medicina, enfermagem, odontologia e serviço social bem como as ações básicas de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental. (CASCAVEL, 2017).

Na perspectiva da Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel, as USF “tem como característica fundamental o foco nas ações programáticas em saúde voltadas para o

atendimento integral do indivíduo, da família e da comunidade” (CASCAVEL, 2017). Segundo o conteúdo do site, as equipes de saúde que compõem esse serviço promovem um acompanhamento individualizado das famílias. Ainda de acordo com as informações, “Cascavel conta hoje com 11 equipes de saúde da família. Cada equipe é responsável pelo acompanhamento de cerca de 1.000 famílias, num território definido dentro da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família a que pertence”. (CASCAVEL, 2017).

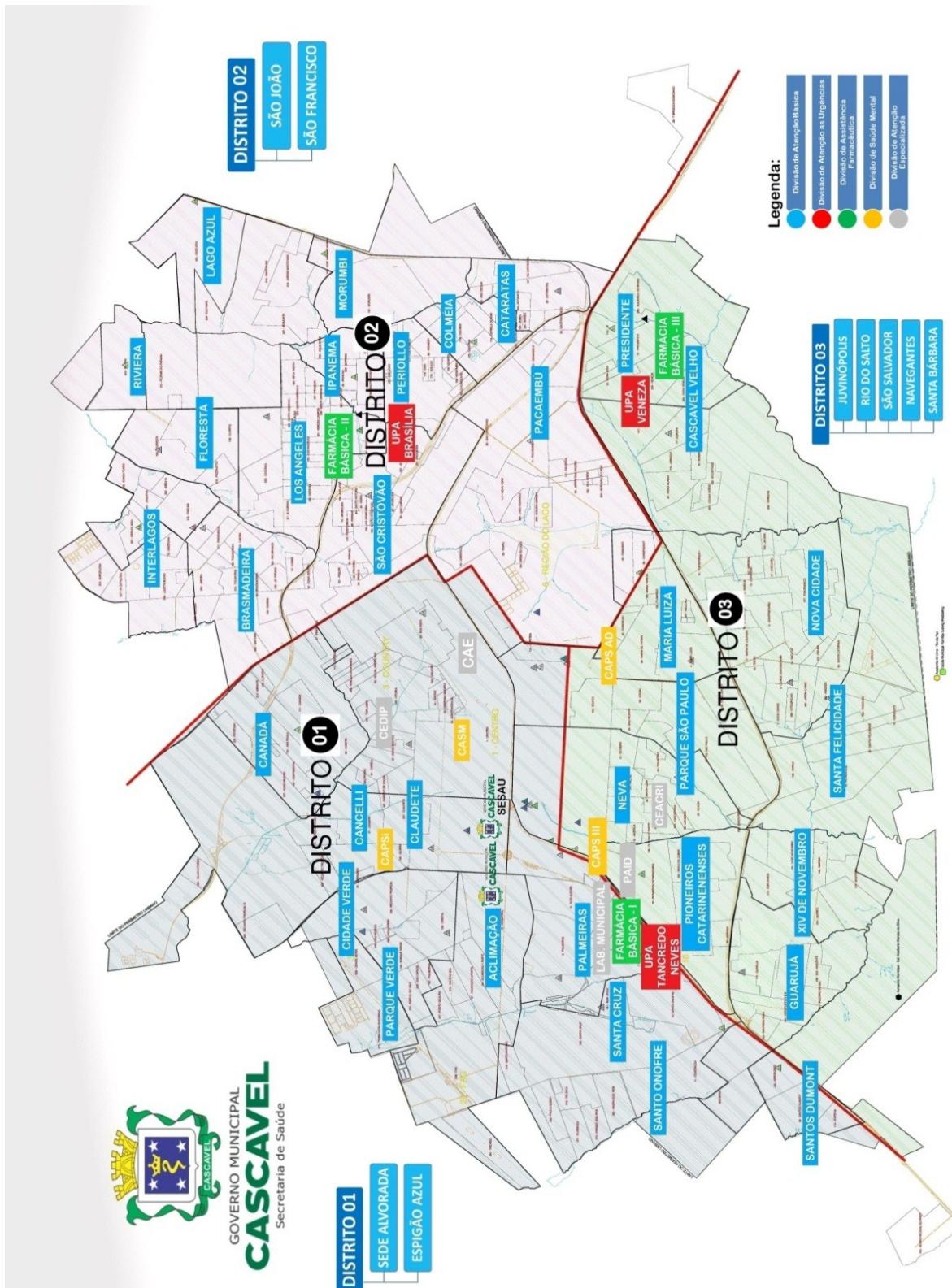
Essas prerrogativas estão previstas na Portaria nº 2.488/2011 do Ministério da Saúde. De acordo com Machado, Fonseca e Borges, essa portaria estabelece que “cada equipe se torna responsável por uma população de, no máximo, 4.000 pessoas, sendo recomendado que esse número seja de 3.000.” (2014, p. 34). Essa portaria, assim como outros exemplos que reorganizam o modelo de atendimento no país, pode ser considerada como um grande avanço para o sistema público de saúde. No entanto, cabe destacar que apesar dos avanços ocorridos no SUS no que diz respeito à legislação, não podemos ser ingênuos e afirmar que tudo o que está previsto em lei está sendo cumprido, especialmente se olharmos a nossa volta para observar a situação do SUS no Brasil e as enormes filas de espera, principalmente em grandes centros.

Neste sentido, é necessário observar que este atendimento familiar individualizado não abrange toda a população da cidade, pois se analisarmos a quantidade de equipes existentes e o número de famílias que cada uma delas acompanha, totalizariam apenas 11 mil famílias ou, de acordo com a portaria citada, 44 mil pessoas atendidas por esse serviço, representando 13,98% da população. Assim, cabe-nos a pergunta: Como fica o atendimento para o restante de mais de 270 mil habitantes que sobram nesta conta? Obviamente, alguns possuem planos de saúde, outros utilizam apenas o serviço privado, outros frequentam a UBS do bairro. Mas provavelmente o serviço não contempla toda a população que necessita de acompanhamento.

Com relação às UPAS, estas por sua vez, atendem pacientes que apresentam situação de urgência e emergência, “prestam atendimento médico assistencial de imediato a pacientes residentes no Município de Cascavel. Oferecem atendimento em clínica médica e clínica pediátrica. Prestam ainda apoio diagnóstico (laboratorial e radiológico) [...].” (CASCAVEL, 2017).

O mapa a seguir apresenta o município de Cascavel com as divisões dos distritos sanitários e a distribuição dos serviços pela cidade:

Mapa 1: Mapa Distrital - Cascavel-PR



Fonte: CASCAVEL, 2018.³

³ Informações da legenda: Azul: Divisão de Atenção Básica; Vermelho: Divisão de Atenção às Urgências; Verde: Divisão de Assistência Farmacêutica; Amarelo: Divisão de Saúde Mental; Cinza: Divisão de Atenção Especializada.

Cabe destacar que há divergências de informações nas fontes consultadas. De acordo com o Plano Municipal de Saúde de Cascavel 2014-2017,

A Divisão de Atenção Básica contem 36 unidades de saúde, sendo 25 na área urbana (14 UBS e 9 USF) e 9 USF localizadas nos distritos, com uma cobertura de 39,98% de Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e 16,00% da Estratégia Saúde da Família (ESF). (CASCABEL, 2014, p. 31).

Ao analisar os dados do Plano Municipal de Saúde é possível verificar que os números não batem, pois somando 25 unidades de saúde urbanas com as 9 rurais, chega-se a um total de 34 e não 36 como é mencionado; ou então, se somarmos 14 UBS com as 9 USF, que seriam as unidades urbanas, teríamos um total de 23, somando-se as outras 9 rurais, completaria 32 e não 36 como é apresentado no Plano Municipal de Saúde. Enfim, são divergências de dados que podem significar apenas erro na soma dos números, erro de conferência ou na digitação das informações, ou até mesmo certo descuido na elaboração do documento, como também podem representar certa incoerência entre o que consta no documento e os números de unidades básicas de saúde que de fato existiam em Cascavel.

No Mapa 1 estão expostos todos os serviços de saúde existentes no município. Entretanto, ao observarmos apenas as divisões de atenção básica à saúde que oferecem serviços de UBS e UFS, estas somam 42 postos no perímetro rural e urbano, 7 unidades de saúde a mais do que os dados que constam no Plano Municipal de Saúde (2014-2017). Entretanto, é preciso levar em conta que todo documento é datado, como afirmam Cruz, Peixoto e Khoury- na introdução do livro “Outras Histórias: Memórias e Linguagens” (2006). Nas palavras das autoras:

[...] Constituídas de fragmentos, evidências, registros de experiências de sujeitos históricos, as fontes se dão a ver como linguagens que detêm uma historicidade e peculiaridades próprias e, portanto, requerem ser tratadas, compreendidas e indagadas como tal. (CRUZ; PEIXTO; KHOURY, 2006, p. 20).

Neste sentido, precisamos olhar para as fontes tendo em mente o período de produção do documento. Sendo assim, há que se considerar que o Plano Municipal de Saúde foi elaborado para o período de 2014-2017 e consta no plano de metas do documento a ampliação na oferta dos serviços de saúde básica à população. Especialmente no que se refere às diretrizes 1 e 2 desse plano. Vejamos:

4.1 Diretriz 1

Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde dos usuários, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada. Promover a ampliação da atenção primária e da atenção especializada, organizada em redes e com acolhimento e práticas humanizadas, voltadas à integralidade da atenção, à qualificação das práticas e à gestão do cuidado, de forma a assegurar a resolutibilidade dos serviços prestados e o acesso com equidade. (...)

4.2 Diretriz 2

Promoção da atenção integral à saúde da população por meio das atividades realizadas pelas equipes da APS (UBS e USF) e NASF para todos os segmentos populacionais, priorizando as ações para a população mais vulnerável (crianças, mulheres, adolescentes e jovens, idosos e saúde do homem). (...) (CASCAVEL, 2014, p. 62-63).

Portanto, se considerarmos as informações retiradas do Plano Municipal de Saúde, os dados apresentados no Mapa 1, é possível observar que houve alterações no número de serviços ofertados, porém não atingiram integralmente as metas constantes no planejamento, principalmente no que se refere à atenção integral e total à população.

Em relação à atenção especializada, existem 5 unidades de atendimento. São eles: Centro Especializado de Doenças Infecto-Parasitárias – CEDIP, Centro Especializado de Atenção a Saúde do Neonato, Criança e Adolescente – CEACRI, Centro de Atenção Especializada – CAE, Programa de Assistência e Internamento Domiciliar – PAID e o Laboratório Municipal, com a realização de diagnósticos para diversas doenças. (CASCAVEL, 2017). No que se refere à saúde mental pública, o município conta atualmente com 4 unidades de atendimento, além dos atendimentos domiciliares. Sobre os serviços de saúde mental, discutirei nos capítulo 3 e 4.

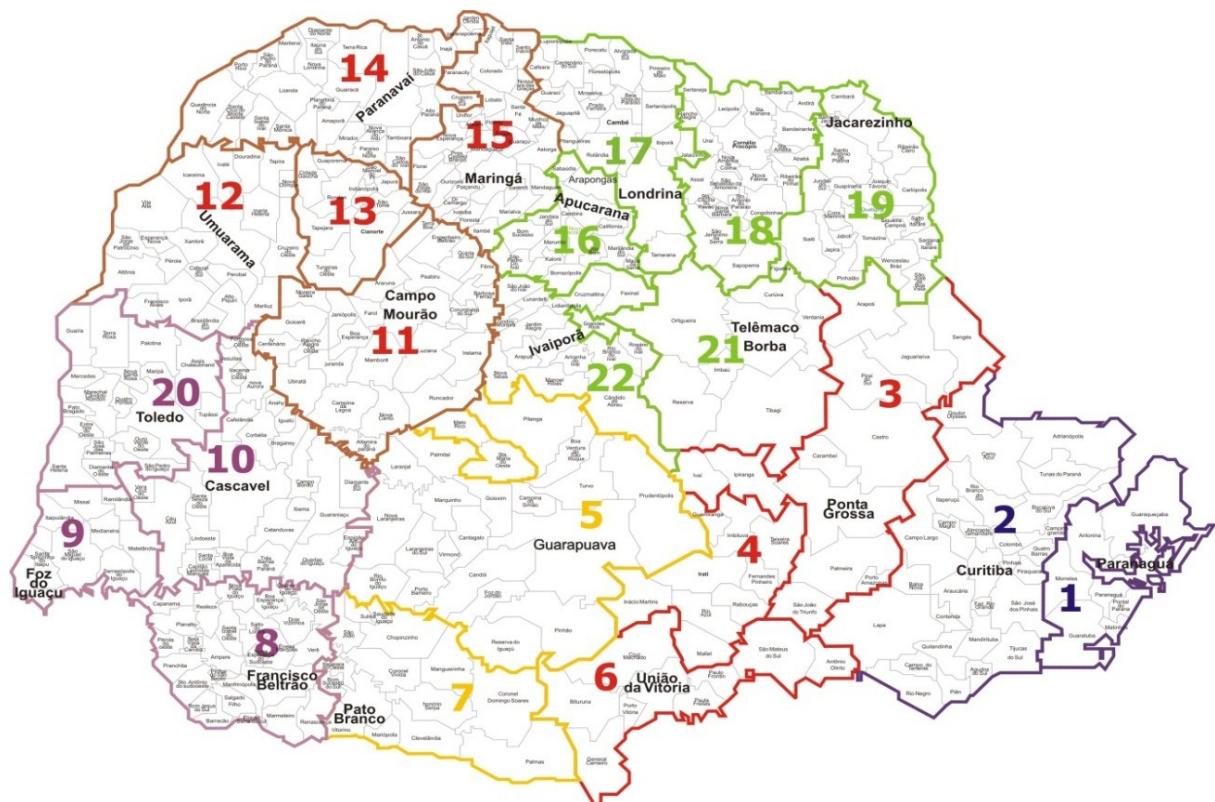
Atualmente a Secretaria de Saúde do Paraná (SESA), dividiu os municípios do estado em regionais de saúde. Estas se localizam em uma cidade de maior porte de uma determinada região, que tem como objetivo abranger as cidades menores que estão ao redor. As regionais

[...] Representam a SESA assessorando os municípios na elaboração de suas políticas públicas. Fiscalizam e regulam as ações de saúde desenvolvidas no município, definidas em conjunto com o Estado e o MS através do Pacto da Saúde. Assim, assessoram, coordenam, gerenciam, dão apoio técnico no planejamento e execução de programas em saúde. (WADI, CASAGRANDE, 2011, p. 5)

As regionais de saúde também são responsáveis por direcionar os rumos que a assistência à saúde mental deve seguir onde se localizam as instituições psiquiátricas. Estes

direcionamentos tomam como base a política nacional e estadual de saúde, perpassadas por interesses de laços políticos e econômicos estabelecidos em determinadas regiões.

Mapa 2: Regionais de Saúde do Estado do Paraná



Fonte: PARANÁ, 2016.

A região investigada nesta pesquisa pertence a 10^a Regional de Saúde do Estado do Paraná, constituída pelo município de Cascavel e outros 24 municípios de menor porte localizados nos arredores. Observe o mapa ampliado da 10^a Regional de Saúde.

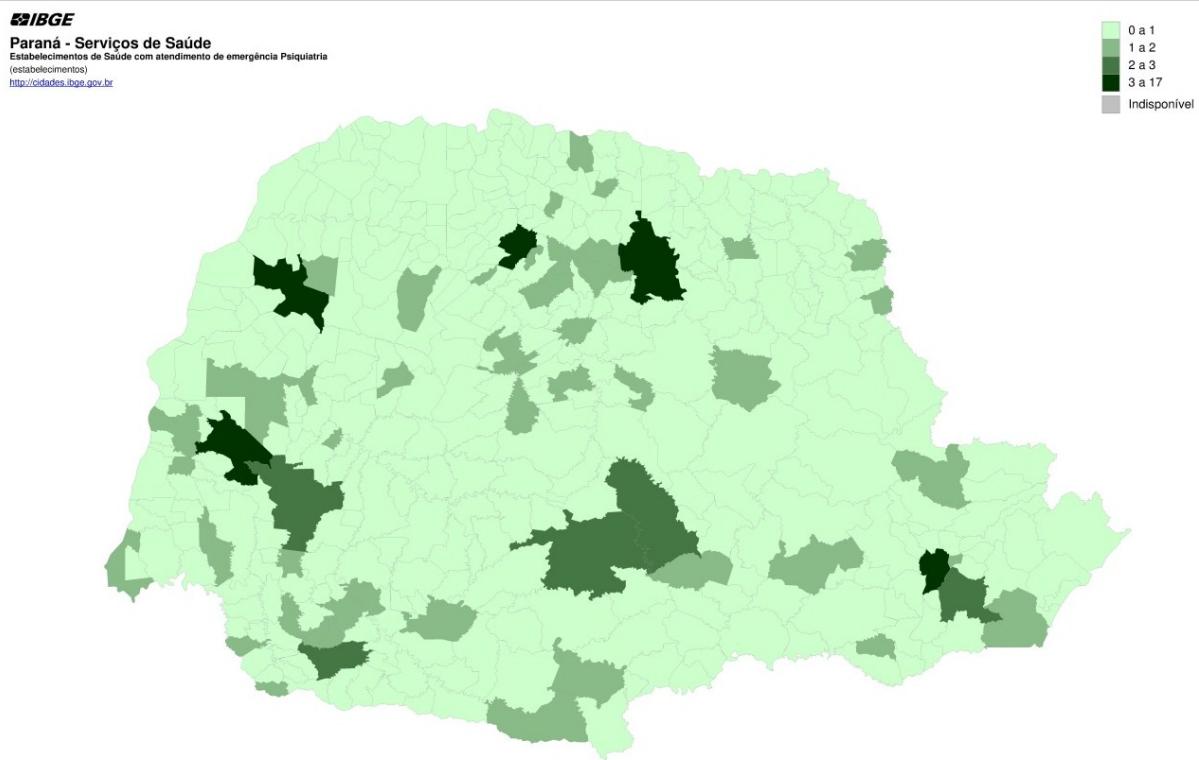
Mapa 3: 10^a Regional de Saúde do Estado do Paraná.



Fonte: PARANÁ, 2016.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, acessado em 10 de outubro de 2016, o Estado do Paraná possui 399 cidades e um total de 5.779 estabelecimentos de atendimento a saúde. Destes, apenas 90 oferecem atendimento de emergência em psiquiatria. É possível perceber que a maioria das cidades paranaenses não disponibiliza atendimento emergencial psiquiátrico. No mapa retirado das páginas do site do IBGE pode-se visualizar a distribuição desta modalidade de atendimento pelo estado.

Mapa 4: Estabelecimentos de Saúde com Atendimento de Emergência Psiquiátrica.



Fonte: IBGE, 2016.

Observa-se que em toda esta área verde clara, cor predominante no mapa, o número de estabelecimentos psiquiátricos pode variar entre 0 e 1. Na página eletrônica do IBGE existem mapas interativos que, ao clicar com o cursor do mouse sobre a cidade desejada, é possível visualizar a quantidade de estabelecimentos existentes em cada uma das cidades do estado. Após realizada esta pesquisa, constatou-se que na maioria dos municípios não há atendimento de emergência psiquiátrica.

Na tabela a seguir, elaborada a partir dos dados fornecidos pela Secretaria de Saúde do Paraná- SESA é possível visualizar o número de estabelecimentos existentes no estado que supostamente realizam atendimentos psiquiátricos. Estes dados estão atualizados com informações de fevereiro de 2017. Infelizmente a SESA não forneceu o número de atendimentos que cada instituição realiza por mês e nem a quantidade de vagas existentes nas instituições.

A tabela apresenta o número de estabelecimentos distribuídos por Regionais de Saúde, no total 22, e como é possível perceber, não há uma distribuição equilibrada. Desta forma, há regionais que possuem um amplo número de serviços assistenciais, enquanto outras possuem apenas um ou outro serviço.

Tabela 1: Número de Estabelecimentos que prestam Assistência à Saúde Mental no Paraná.

RS	Ambulat.	CAPS i	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS AD	CAPS AD III	CAPS AD III i	Hospitais Gerais	Hosp. Psiquiat.	Res. Terapét. I	Res. Terapét. II	Un. Acolhim.	TOTAL
1 ^a	2		2											4
2 ^a	17	4	8	10	2	8	3	1	2	5	8	6		74
3 ^a	3	1	5	1		1			1					12
4 ^a	1			1					1					3
5 ^a	4		4	1		2	2		1				2	16
6 ^a	1		1							1				3
7 ^a	1		3	1					2					7
8 ^a	2		4	1			1							8
9 ^a	2	1	3	1		1								8
10 ^a	2	1	0		1	1	1		1		3		2	12
11 ^a	2		4	1		1								8
12 ^a	1			1		1				1				4
13 ^a			1						2					3
14 ^a	2	1	1	1		1				1				7
15 ^a	3	1	6	2		1			2	1	3			19
16 ^a	3	1	4	1		2				1				12
17 ^a	2	4	3	3	1	2			1	3				19
18 ^a	1		2	1			1							5
19 ^a	1		2											3
20 ^a	2		2	1		1	1			1				8
21 ^a			2											2
22 ^a			2											2
TOTAL	52	14	59	27	4	22	9	1	13	14	14	6	4	239

Fonte: Tabela elaborada pela autora com dados de pesquisa fornecidos pela SESA em março de 2017.

A cidade de Cascavel pertence a 10^a Regional de Saúde. Esta regional possuí 12 estabelecimentos que oferecem atendimentos psiquiátricos em diversas categorias da Rede de Atendimento Psicossocial, entretanto, todos os serviços estão localizados em Cascavel, fazendo com que o restante dos municípios que pertencem à regional fiquem sem nenhum atendimento, e quando necessitam precisam recorrer à Cascavel, cidade de maior porte desta região.

Neste sentido, o município de Cascavel precisa oferecer atendimento para seus municíipes através da Rede de Assistência Psicossocial, além de receber a demanda dos municípios vizinhos, o que é feito através do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná – CISOP. Quando necessário, as pessoas acometidas de transtorno mental precisam se deslocar à Cascavel em busca de assistência. Na maioria das vezes, a prefeitura do município de origem do paciente mantém transporte regular e arca com as despesas do deslocamento, já a alimentação é por conta do paciente. Entretanto, a oferta de assistência não é suficiente para a demanda que necessita de atendimentos psiquiátricos.

Portanto, estas conjunturas citadas sobre a 10^a Regional fazem parte da realidade de todo o Estado do Paraná. Neste sentido, a reforma psiquiátrica precisa avançar para implantar a rede assistencial e atender maior número de municípios e de pacientes, pois como é possível

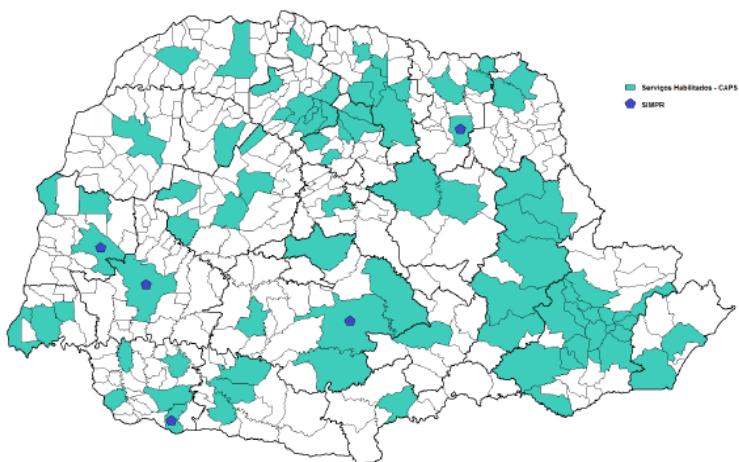
observar, a população de muitas cidades, especialmente as de menor porte, acabam ficando sem atendimento. Segundo Wadi, Olinto e Casagrande o município precisa ter pelo menos 20 mil habitantes para implantar um serviço CAPS. Em suas palavras:

Cerca de 80% dos municípios paranaenses têm dificuldades de acesso a tais equipamentos, pois seu nível populacional está abaixo do parâmetro mínimo estabelecido pelo Ministério da Saúde para implantar um Caps, ou seja, têm menos de 20 mil habitantes. Assim, na impossibilidade de obter serviços de base comunitária territorializados, a única alternativa para os habitantes de tais municípios que necessitem de assistência em decorrência de sofrimento mental é sua remoção para outras cidades e, não raro, sua internação nos hospitais especializados em psiquiatria, sem sequer transitar por quaisquer dos serviços de base comunitária (WADI, OLINTO, CASAGRANDE, 2015, p. 1365)

Em junho de 2016 foi elaborado um documento pela Coordenação Estadual de Saúde Mental, vinculada à Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, denominado “Rede de Atenção à Saúde Mental no Paraná”, em que foi divulgado como supostamente está configurada a Rede alternativa de assistência à saúde mental no Paraná. Observem-se os dados:

Mapa 5: Distribuição dos Centros de Atenção Psicossocial do Paraná - CAPS

Centro de Atenção Psicossocial - CAPS



**128 CAPS
habilitados**

- **56 CAPS I**
- **25 CAPS II**
- **04 CAPS III**
- **23 CAPS AD**
- **12 CAPS i**
- **08 CAPS AD III**



Taxa de cobertura de CAPS por 100 mil habitantes: 0,95
Parâmetros de cobertura do indicador:
Cobertura muito boa - acima de 0,70

Fonte: PARANÁ, SESA, Junho/ 2016, p. 34.

O Mapa 5 apresenta a quantidade de estabelecimentos extra hospitalares existentes no Paraná. As áreas que estão em branco não possuem CAPS, as marcadas em verde claro possuem CAPS. Já os pontos azuis escuro indicam as unidades chamadas de Serviço Integrado de Saúde Mental – SIMPR, que oferecem assistência às pessoas adultas com transtornos relacionados ao álcool e outras drogas durante 24 horas, todos os dias da semana, possui CAPS AD III e unidades de acolhimento. Diferentemente dos outros CAPS que geralmente são ofertados com recursos municipais, o SIMPR recebe financiamento do governo do Estado.

Ao estabelecer uma comparação entre os dados do Mapa 5, elaborado pela Coordenação de Saúde Mental do Paraná em junho de 2016 e a Tabela 1, elaborada pela autora a partir de informações fornecidas pela SESA em fevereiro de 2017, é possível perceber que houve alterações em relação aos números de CAPS habilitados, passando de 128 para 135 unidades. Diante disto, ao analisar um conjunto de fontes foi possível constatar que, apesar dos diversos problemas existentes sobre à saúde e atendimento psiquiátrico, o município de Cascavel se configura como um ponto de referência na assistência à saúde mental para o Estado do Paraná, por possuir alguns serviços especializados que a maioria dos municípios não possuem.

O município de Cascavel estruturou uma assistência psiquiátrica em Rede, ou seja, diversos serviços que oferecem aporte à saúde mental estão interligados, estabelecendo uma prática de atendimento em conjunto. Em termos práticos, um sujeito com transtorno mental não é responsabilidade apenas de um determinado setor, pois a partir do momento que ele entra no sistema municipal de saúde, o paciente passa a ser responsabilidade de toda a equipe, iniciando desde a atenção básica até os atendimentos mais complexos.

Embora o município possua uma Rede de atendimento em saúde mental relativamente positiva, em comparação a outras regiões do Estado, isto não significa que não existam problemas. Pelo contrário, ainda há muito que ser estruturado e ampliado para que se estabeleça uma rede assistencial satisfatória, capaz de atender a demanda populacional existente.

1.2: HISTÓRICO DA CONSTRUÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E PARANÁ

Ao longo do século XX e início do século XXI diversos debates têm promovido reestruturações de políticas públicas e de práticas assistenciais acerca da saúde mental. No Brasil a Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001 representou um marco significativo para este setor. Segundo Silvio Yasui, esta lei diz respeito “a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, a chamada lei da Reforma Psiquiátrica” (YASUI, 2006, p.56).

A partir da promulgação desta lei, o modelo de assistência psiquiátrica no país passou por um processo de reformulação. Entre outros elementos, podemos destacar à redução de leitos em hospitais psiquiátricos e a implantação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, como também, a criação e o aumento de serviços alternativos, extrahospitalares para a assistência do usuário em saúde mental.

Para compreender o contexto em que o movimento da reforma psiquiátrica está inserido é necessário lançar um rápido olhar para as décadas de 1950-60. Segundo José Carlos de Souza Braga e Sergio Goes Paula, foi neste período que ocorreu no Brasil um crescimento do setor da saúde, tanto a saúde pública, como o da medicina previdenciária. Embora tenha ocorrido um aumento significativo nos serviços de saúde no país, este se caracterizou por uma política precária, como também por um sistema previdenciário “incapaz de atender não só as demandas por assistência médica individual, quanto os requerimentos de saúde coletiva acumulada ao longo do tempo.” (1981, p.53). Para estes autores, entre o período de 1956 a 1966, este setor teve um significativo crescimento econômico. Em suas palavras:

Em volume cada vez mais substancial, o financiamento do setor se baseia na arrecadação previdenciária. A prestação dos serviços de assistência é cada vez mais feita por instituições privadas. Os padrões seguidos são os das sociedades industrializadas, ou seja, centram-se no sistema hospitalar, com grau elevado de utilização de equipamento e fármacos; no que diz respeito à mão-de-obra utilizada, ocorre tecnificação e especialização. [...] A tecnologia empregada, tanto na prestação do ato médico, como na produção dos insumos, é uma tecnologia de ponta. O setor apresenta taxas de crescimento muito mais altas do que as do restante da economia. (BRAGA; PAULA, 1981, p. 74).

Neste período, os debates sobre as políticas públicas em saúde ainda não haviam encontrado um modelo base para ser seguido. Diante do processo de desenvolvimento da industrialização e das reivindicações por políticas sociais, o capital privado encontrou na

assistência à saúde um importante setor para realizar investimentos, no qual a assistência psiquiátrica também estava incluída.

De acordo com Braga e Paula (1981, p.71-2) na década de 1960, ao mesmo passo que ocorreu a expansão da medicina previdenciária, houve também a formação de empresas médicas, o crescimento da indústria farmacêutica e a importação de equipamentos médicos, gerando uma significativa movimentação financeira para os empresários do setor da saúde.

Segundo Francisco Drumond Marcondes de Moura Neto, a política nacional de saúde desenvolvida no país neste período possibilitou a concentração de renda nas mãos dos empresários deste setor. Para Neto, o doente mental foi transformado em mercadoria visando uma fonte de lucro, “perpetuando com esta condição a manutenção de um sistema assistencial que, na realidade, foi criado para esta finalidade lucrativa, e não para recuperar a sua saúde.” (1987, p. 59).

Para Heitor Resende, até o ano de 1964 a assistência psiquiátrica no país estava destinada ao doente mental indigente e, por esse e outros motivos, o atendimento de saúde pública não apresentava boa qualidade na assistência. A partir deste período, o setor de saúde direcionou olhares para a massa de trabalhadores que emergem com a industrialização. (RESENDE, 1990, p. 56). Segundo o autor, a preocupação do Estado e do setor de saúde em relação às políticas sociais de assistência ao trabalhador será pensada a partir do viés do trabalho, no qual se preconiza a venda da força de trabalho e, para isto, são necessários trabalhadores saudáveis. Dessa forma, estendeu-se a assistência aos trabalhadores e seus dependentes, através da predominância do sistema previdenciário e a contratação de leitos em hospitais privados para atender a demanda. (RESENDE, 1990, p.60-1).

Na perspectiva de Paulin e Turato (2004), na década 1960 foi instaurada uma política pautada em uma ideologia privatista, na qual a psiquiatria passou a ser um investimento de “fácil montagem”, com rápido retorno de lucro, sem a necessidade de tecnologia sofisticada ou contratação de pessoal qualificado. Este movimento ocasionou um amplo processo de criação de instituições psiquiátricas privadas.

Assim, com esta política o governo retirava sua responsabilidade de cuidar dos “loucos”, transferindo-a para o setor privado, que encontrou nos hospitais psiquiátricos e seus usuários uma fonte de lucro financeiro. O interessante desta política é que, ao mesmo tempo em que o governo retirou a sua responsabilidade sobre os hospitais psiquiátricos, foi ele quem passou a financiar a construção e as atividades exercidas por estas instituições privadas. A década de 1960 foi marcada, segundo alguns autores, por um período de amplo

desenvolvimento dos hospitais psiquiátricos privados, vindo a formar o que Paulo Amarante (1995) chamou de “indústria da loucura”.

De acordo com Amarante, o período denominado por “indústria da loucura” foi caracterizado pela corrupção que se instaurou diante da relação entre hospital psiquiátrico privado e Estado. Nessa relação havia um descaso tanto por parte dos “empresários da loucura” quanto do governo para com as pessoas que necessitavam de assistência, pois o que se priorizava não era a saúde mental e a preservação dos direitos humanos, mas sim a geração de lucros. Ou seja, manter os “loucos” internados significava uma grande fonte de renda para aqueles envolvidos nesta política de assistência. (AMARANTE, 1995, p. 13)

Para Paulin e Turato, a partir de 1964, iniciou-se a psiquiatria de massa, em que para atender a demanda do sistema previdenciário, o governo ampliou a rede hospitalar contratando hospitais privados para atendimento, tanto em saúde geral como para a saúde mental e os hospitais públicos, abandonados e em péssimas condições, continuaram atendendo a população que não possuía vínculo com a previdência. (PAULIN; TURATO, 2004, p. 246)

Para alguns autores, como Resende, o atendimento psiquiátrico como um espaço destinado ao tratamento e cura, era visto também, como a solução dos problemas sociais, sendo utilizado em alguns momentos como controle dos problemas coletivos de insanidade, incluindo a criminalidade, a delinquência, a prostituição, o desemprego, entre outros desajustes sociais. (1990, p.69)

De acordo com Paulin e Turato (2004) com a criação do INPS em 1967 (Instituto Nacional de Previdência Social), uma série de outras mudanças passaram a ser empregadas no sistema de atendimento psiquiátrico.

Os hospitais particulares ampliaram-se para estabelecer convênios com a Previdência Social, tornando assim os hospitais públicos cada vez menos significativos em termos de atendimento. Algum tempo depois, praticamente todos os hospitais psiquiátricos públicos ou privados, estavam conveniados. (PAULIN; TURATO, 2004, p. 247).

Na perspectiva de Messas, em uma política em que o setor privado era financiado pelo “tesouro” do Estado⁴, o atendimento psiquiátrico da rede privada aumentou seis vezes em 40 anos (1941-1981), havendo uma ampliação do setor privado “quase em 11 vezes, ao passo que a assistência pública cresceu 2 vezes” (MESSAS, 2008, p.93).

⁴ O sistema chamado de conveniado consiste em que a instituição privada atende sua clientela e quem paga por isso é o Estado, antes via INPS, depois INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social), hoje pelo SUS (Sistema Único de Saúde). (TENÓRIO, 2002, p.61).

Em um período em que houve uma ampliação do parque industrial e a entrada em grande escala de capital estrangeiro, ocorreu um redirecionamento do patrimônio público para o setor privado. Os hospitais psiquiátricos privados aumentaram na mesma proporção que o parque industrial do país. Segundo Resende,

[...] enquanto a população internada do hospital público permaneceu estável, a clientela das instituições conveniadas saltou de 14.000 em 1965 para 30.000 ao final do período. O movimento de internações seguiu a mesma tendência, pendendo a balança francamente para o lado da empresa hospitalar, que em 65 internou 35.000 pessoas e em 70, 90.000. (RESENDE, 1990, p. 61)

Seguindo esta linha de privatizações o poder público gradativamente retirou a sua responsabilidade em relação à assistência psiquiátrica, abandonou ainda mais as instituições públicas e transferiu o seu papel para o setor privado. É interessante perceber a relação entre a assistência psiquiátrica praticada e o pensamento sobre tal assistência, que ensejavam ser os princípios norteadores de tais práticas, ou que pelos menos deveriam ser o ponto central para a discussão em torno desta.⁵

Segundo Amarante, o pensamento para um modelo assistencial nas décadas de 1950 e 1960 estava voltado para uma assistência que visava tratar e curar as doenças mentais. No entanto, “em consequências do mau uso das terapêuticas e da administração e ainda, do descaso e das circunstâncias político-sociais, o hospital psiquiátrico desviou-se de sua finalidade precípua, tornando-se o lugar de violência e repressão” (AMARANTE, 1995, p.32).

Neste período as práticas de assistência psiquiátrica representavam um ambiente de violência e exclusão, característicos de instituições denominadas manicômios⁶. Segundo Amarante, “a indústria da loucura” visava apenas o lucro e não a recuperação do paciente. As instituições psiquiátricas conveniadas estimulavam a cronicidade das doenças, pois mantinham os pacientes internados por longos períodos e não era dada a devida importância

⁵ No que diz respeito às práticas terapêuticas, os anos 1960 se caracterizaram pela utilização de técnicas de tratamento, na época, consideradas positivas, como por exemplo, a insulinoterapia, o eletrochoque, a cardiolterapia, isolamento, sedativos, hipnóticos e camisas-de-força, além do desenvolvimento do aparato tecnológico da farmacologia e de suas propostas voltadas à terapêutica medicamentosa. Esses métodos terapêuticos começaram a ser usados no início do século XX e consistem em um processo de tratamento realizado em várias etapas. Como por exemplo: a insulinoterapia “era usada para deixar os pacientes quietos”; a cardiolterapia provocava uma crise convulsiva, seguida de crise epilética e perda de consciência; o eletrochoque consistia em colocar eletrodos na cabeça dos pacientes e aplicar correntes elétricas para sua recuperação. (CAMPOS, 2004, p. 110-111).

⁶ Manicômio pode ser entendido como emblema das relações de violência, segregação, massificação e discriminação social, que expressa, num sentido amplo, os diversos mecanismos de exclusão e opressão dessa estrutura social, e, num sentido estrito, a própria instituição psiquiátrica. (SCARCELLI, 2011, p. 20).

para os direitos humanos, deixando os internos em precárias condições de internamento. (AMARANTE, 1995, p. 13)

Diante da situação alarmante em que se encontrava a saúde mental no país foi criada em 1968 a Comissão Permanente para Assuntos Psiquiátricos – CPAP, que tinha como principal objetivo analisar as condições da assistência psiquiátrica no país e desenvolver soluções para as dificuldades. De acordo com Paulin e Turato (2004, p.250), o relatório elaborado pelo grupo foi aprovado em 1970 e, além de analisar a condição da assistência da rede pública e comprovar que a situação estava precária, apresentou algumas propostas para a melhoria no atendimento psiquiátrico.

Na visão de Paulin e Turato, o trabalho desenvolvido pela CPAP agradou ao governo, sendo que em 1971 o grupo foi novamente contratado para auxiliar na solução dos problemas do setor público de assistência psiquiátrica. “Estavam lançadas as raízes do que viria, dois anos depois, consagrar os princípios da psiquiatria comunitária no Brasil: o Manual de Serviço para a Assistência Psiquiátrica”. (2004, p. 250).

O objetivo desse manual era motivar o tratamento extra-hospitalar com a intenção de recuperar o paciente rapidamente, mantendo a mesma linha de pensamento que havia sido usada para elaborar a Declaração de Direitos de Saúde Mental. “Os princípios técnico-administrativos baseavam-se nos conceitos de integração, regionalização, coordenação, descentralização e aperfeiçoamento de pessoal” (PAULIN, TURATO, 2004 p.251). Porém, as ideias propostas para a reestruturação da assistência psiquiátrica, apesar de representarem um grande avanço na história social do país, não saíram do papel e a assistência psiquiátrica seguiu em precárias condições.

A discussão sobre a assistência psiquiátrica entre as décadas de 1950 e 1970 é um processo complexo. Para, Amarante, esta época caracterizada como “indústria da loucura” teve como base o investimento do capital privado e a lucratividade no atendimento psiquiátrico. Na perspectiva de Resende, o período de expansão dos hospitais psiquiátricos, para além de uma geração de lucros, se tornou possível devido às conjunturas sociais proporcionadas pelo governo militar. No escopo da política autoritária, o internamento psiquiátrico era visto também como um mecanismo de controle da sociedade, através da coerção moral e física, utilizando-se de internamentos em hospitais psiquiátricos para a exclusão das pessoas consideradas pelo governo como indesejáveis sociais. (RESENDE, 1990, p.59).

Seguindo esta ideia de Resende (1990), a década de 1970 representou um aumento das internações psiquiátricas por todo o país. A política do governo autoritário via a assistência

psiquiátrica, também, como um meio de manutenção da ordem social. Segundo o autor, ao analisar os prontuários médicos da Casa de Saúde Dr. Eiras, no Rio de Janeiro (1976-1977), observou que estes continham o ramo de atividades exercidas pelos internos. Entre algumas descritas, havia a denominação de “mal definidos, outros e sem declaração”. Estes internos representavam majoritariamente o maior número de internações. Para Resende:

À assistência psiquiátrica brasileira parece não ter restado outra alternativa senão renunciar às tímidas intenções de empenho curativo que lhe atribuíram por um breve período de cinco anos, muito pouco para os seus mais de 100 anos de idade, e reassumir o papel que sempre lhe coube na história, o de recolher e excluir os dejetos humanos da sociedade, os “homens livres” num momento, os imigrantes num outro, os “mal definidos” de hoje. (RESENDE, 1990, p.69).

Entretanto, a assistência psiquiátrica na década de 1970 é marcada também por pressupostos de assistência comunitária e preventivistas influenciada pela psiquiatria comunitária da Europa e principalmente da estadunidense. Para Amarante (1995, p.36), esta psiquiatria nasce nos Estados Unidos e é considerada como a Terceira Revolução psiquiátrica depois das realizadas por Pinel e Freud. O princípio preventivista tem como pressuposto que, antes de se falar em doença mental, é preciso falar em saúde mental, por isso a importância em prevenir.

Tendo como base tais pressupostos, em 1970 foi realizado na cidade de São Paulo o I Congresso Brasileiro de Psiquiatria, promovido pela Associação Brasileira de Psiquiatria, no qual foi lançada a Declaração de Direitos de Saúde Mental. Segundo Paulin e Turato, (2004, p. 249) “a postura preventivista era cada vez mais nítida também na esfera internacional, por meio das recomendações da Organização Mundial de Saúde e da Organização Pan-Americana de Saúde.” A declaração afirmava que a saúde mental era um direito do povo e era um dever da sociedade promover a assistência. Para isso, indicava que ocorresse uma integração entre os setores da saúde para poder atender as pessoas que necessitavam dos serviços, assim também como uma reorganização dos recursos de acordo com as peculiaridades de cada localidade.

De acordo com Paulin e Turato, o documento previa entre outros elementos à promoção de campanhas de conscientização sobre as doenças mentais para o grande público, ao oferecimento de tratamentos extra-hospitalares, isto é, modelos de tratamento que pudessem ocorrer sem a prática do internamento, visando a reintegração social dos

indivíduos. Além disso, preconizava a pesquisa de novas técnicas de tratamento e o aperfeiçoamento dos trabalhadores da saúde mental. (2004, p. 249).

Ao observar a Declaração de Direitos em Saúde Mental e as conjunturas sociais do período é possível perceber que se tratava de um projeto para a construção de um modelo legislativo em assistência psiquiátrica, voltado para a promoção de uma assistência humanizada. Entretanto, se tratava apenas de uma proposta, pois o atendimento psiquiátrico no país estava em situação alarmante: hospitais superlotados e sem pessoal capacitado. O tratamento oferecido não promovia a recuperação, muito pelo contrário, o agravamento crônico da condição de saúde mental do paciente era uma constante. Os cofres públicos estavam em déficit devido aos prejuízos causados pela contratação dos hospitais privados. Essa situação exigia que a Previdência Social tomasse medidas urgentes para sanar a precariedade da rede pública e redirecionar melhor a utilização dos recursos.

Para Tenório (2002), na segunda metade da década de 1970, o país passava por um período de perda da legitimidade do governo com base no autoritarismo, cabendo no momento, uma série de críticas sobre a atuação do governo. Nessa época surgiu uma série de movimentos sociais, reivindicando melhorias nas condições de sobrevivência cotidianas, tais como moradia, transporte, saneamento básico, como também um amplo processo de reivindicações por melhorias no atendimento à saúde.

De acordo com Silvio Yasui (2006), os questionamentos da política brasileira também deram origem ao Movimento de Reforma Psiquiátrica, que reivindicava a melhoria no sistema de atendimento à saúde, mobilizando a população civil a lutar pelos seus direitos à saúde junto ao governo. O desencadeamento dos movimentos de reivindicações possibilitou o descortinar da situação da assistência psiquiátrica no Brasil.

No interior deste processo mais amplo, localizamos a saúde mental trilhando os mesmos caminhos. Nascida a partir da mobilização de trabalhadores de saúde, no cotidiano de suas práticas institucionais e nas universidades, a Reforma Psiquiátrica buscou politizar a questão da saúde mental, especialmente, na luta contra as instituições psiquiátricas; produziu reflexões críticas que provocam uma ruptura epistemológica [...]. (YASUI, 2006, p. 26).

Este movimento revelou a intensa privatização do atendimento de saúde, como também as fraudes que ocorriam no sistema de financiamento dos serviços oferecidos pelos hospitais psiquiátricos. Denunciou-se as práticas de tratamento realizadas durante o internamento, expondo questões como o abandono, descaso, violência e maus-tratos aos quais

era submetido o grande contingente de pessoas internas nos hospitais psiquiátricos, tanto públicos como privados. Apesar de haver uma legislação com base em uma política de atendimento preventivista e comunitário, a situação nos hospitais psiquiátricos continuava em condições de calamidade.

Na visão de Paulin e Turato (2004), neste mesmo período, deflagrou-se uma crise financeira causada pelo fim do “milagre econômico”, ocasionando uma defasagem nas condições financeiras e na qualidade de vida do brasileiro. Assim, os pressupostos teóricos para a assistência psiquiátrica tomados como preventivistas, perderam sua importância para a assistência à saúde de uma forma geral. Este fato ocasionou, entre outros elementos, a desatenção com a assistência psiquiátrica no país. Neste sentido, o modelo para uma assistência psiquiátrica que estava em discussão não era visto como prioridade para a década de 1970. Para os autores,

A assistência psiquiátrica perdia sua importância em relação à assistência médica global. Tal fato era justificado pela necessidade de intensificar medidas de caráter social, enfatizando-se a ação da Previdência Social como mecanismo de recuperação e manutenção da força de trabalho e consolidando-se a hegemonia da medicina previdenciária sobre a saúde pública. (PAULIN; TURATO, 2004, p. 252)

A partir do abandono de proposições para uma reestruturação da assistência psiquiátrica voltada para um modelo preventivista, comunitário e extra-hospitalar, agravaram-se ainda mais os problemas que coexistiam nas instituições psiquiátricas. Embora, tenha surgido a Declaração dos Direitos em Saúde Mental e o Manual de Serviço para a Assistência Psiquiátrica, a situação nos hospitais psiquiátricos não havia mudado e, se ocorreu mudança, foi no sentido de deterioração.

Quando se fala em manuais, declarações e normas é necessário levar em consideração que tais elaborações não constituem uma legislação sobre a saúde mental e, muito menos, efetivam as práticas norteadoras da assistência psiquiátrica. Como afirma Resende, “[...] a história das políticas de assistência ao doente mental no Brasil é, antes de tudo, uma crônica de desencontros, propostas e práticas concretas que nem sempre caminham lado a lado [...]. (1990, p. 17)

Segundo Amarante (1995) os hospitais estavam sendo tratados com descaso e abandonados tanto pelo governo como pelos “empresários da loucura”. Isso se refletia não apenas nos internos, mas também nos funcionários, que não eram qualificados profissionalmente e nem em quantidade suficiente para dar a atenção necessária aos pacientes.

Eles trabalhavam em condições inadequadas, estando sobrecarregados e, muitas vezes, correndo riscos em meio aos internos agressivos ou em crise.

De acordo com Amarante, a crise da DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental – foi o ponto chave para desencadear maiores questionamentos no atendimento psiquiátrico e deflagrar uma grave crise no sistema de saúde mental, cujo resultado mais visível foi o surgimento do movimento de reforma psiquiátrica brasileira. Para o autor,

[...] o episódio fica conhecido como a ‘Crise da DINSAM’ (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor saúde mental. Os profissionais das quatro unidades da DINSAM, todas no Rio de Janeiro (Centro Psiquiátrico Pedro II – CPPH; Hospital Pinel; Colônia Juliano Moreira – CJM; e Manicômio Judiciário Heitor Carrilho), deflagraram uma greve, em abril de 1978, seguida da demissão de 260 estagiários e profissionais. (AMARANTE, 1995, p.51).

Segundo Amarante, desde a década de 1950 não era realizado concurso público para a contratação de pessoal qualificado e em número suficiente para atender às necessidades das unidades do DINSAM. Na década de 1970 o quadro de funcionários do órgão estatal estava defasado, precisando contratar novos funcionários para superar o déficit. De acordo com o autor, a solução encontrada foi a contratação de “bolsistas”⁷, que trabalhavam “em condições precárias, em clima de ameaças e violências a eles próprios e aos pacientes destas instituições. Eram frequentes as denúncias de agressão, estupro, trabalho escravo e mortes não esclarecidas.” (AMARANTE, 1995, p.52)

Diante desta situação, para o autor, a denúncia de três médicos bolsistas sobre as irregularidades ocorridas dentro das unidades de assistência foi o estopim da referida crise, chegando ao público através da imprensa. As ações de denúncia ganharam proporções maiores, logo recebendo apoio do Movimento de Renovação Médica (REME) e do CEBES (Núcleos Estaduais de Saúde Mental do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), suscitando a criação do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – MTSM, que deu início a um lento processo de discussão para a reelaboração da assistência psiquiátrica no Brasil.

Para Diaz (2008), o campo teórico da reforma psiquiátrica pode ser construído em duas vertentes, que ajudam a compreender este movimento contemporâneo de luta pela reorganização da assistência psiquiátrica no país, carregado de complexidade. O primeiro, e

⁷ “Os bolsistas são profissionais graduados ou estudantes universitários que trabalham como médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, muitos dos quais com cargos de chefia e direção.” (AMARANTE, 1995, p. 52)

não necessariamente seguindo esta ordem ou classificação, refere-se a “um olhar crítico sobre os paradigmas fundantes do saber/prática psiquiátricos (e o segundo) em uma revisão dos principais referenciais teóricos que influenciam a emergência deste movimento”. (DIAZ, 2008, p. 89).

O processo de reivindicação para a reorganização da assistência psiquiátrica precisa ser visto como um movimento social amplo e complexo. De acordo com Yasui (2006), a reforma psiquiátrica está inserida no movimento iniciado na década de 1970 com a perda da legitimidade do governo militar e redemocratização do país, com a abertura política para realizações de debates e discussões entre sociedade civil e o Estado. Para o autor:

Surgiu como um “novo” sujeito coletivo, implicando centenas de atores no processo de desconstrução crítica do manicômio, de rupturas conceituais e invenção de propostas assistenciais, de articulação e conquista de espaços para a sua concretização. Foi uma década de construção de um grande projeto político de transformação que se consolidou como política oficial do Ministério da Saúde, ao longo dos anos noventa. (YASUI, 2006, p. 45).

Neste sentido, o MTSM iniciou o movimento de questionamentos por uma reestruturação da assistência psiquiátrica de forma peculiar. Para Pereira (2004), a organização deste movimento tinha como pressupostos criticar a forma de institucionalização da loucura. Nas palavras da autora, o MTSM criticava “a ausência do poder público na execução dos serviços e ações de saúde, as condições de atuação dos profissionais da saúde mental, e, a organização da assistência psiquiátrica centrada no modelo hospitalar” (PEREIRA, 2004. p. 100).

Segundo Tenório (2002, p. 32), o MTSM representou o primeiro movimento em saúde com a participação popular, tanto de profissionais da área como de ex-internos e familiares, combinando reivindicações dos trabalhadores e um discurso pela humanização do atendimento psiquiátrico. Este movimento começou com a luta por uma reestruturação na assistência psiquiátrica, constituindo, pouco tempo depois, o Movimento da Luta Antimanicomial.

De acordo com Yasui, este movimento luta pelo direito à cidadania e à liberdade dos usuários dos serviços de saúde mental, defendendo a extinção progressiva de hospitais psiquiátricos. Assim, diante da perspectiva de luta contra qualquer forma de institucionalização “o Movimento da Luta Antimanicomial buscou manter ao longo dos anos uma singular e importante peculiaridade: a de existir como um movimento, sem se tornar uma instituição, não há uma sede, ficha de inscrição ou rituais de filiação.” (YASUI, 2006, p.40).

O Movimento da Luta Antimanicomial absorveu as influências vindas da Europa, onde já se realizavam algumas experiências com tratamentos psiquiátricos extras hospitalares, experiências das quais o principal precursor foi o psiquiatra Franco Basaglia.⁸ As reivindicações para a reestruturação do atendimento psiquiátrico também foram influenciadas, segundo Yasui, por vários congressos e encontros realizados no Brasil, que possibilitaram a vinda de diversos autores que estavam repensando a problemática da loucura e assistência psiquiátrica.

As discussões levantadas por nomes importantes, como Michel Foucault, Robert Castel, Felix Guattari e Erwin Goffman⁹ inspiraram alguns questionamentos acerca do atendimento psiquiátrico. Estes autores apresentaram, de forma crítica, a situação em que o tratamento da loucura estava sendo praticado, reivindicando e incentivando reivindicações por tratamentos mais humanitários, sem a prática de exclusão social, visando uma melhor reintegração do indivíduo na sociedade, com mais dignidade e respeito à sua diversidade. (YASUI, 2006, p. 30).

Ao olhar historicamente para os movimentos em prol da reforma psiquiátrica, percebe-se que não era um grupo homogêneo, pelo contrário, havia uma diversidade de ideias e debates sobre qual seria o melhor caminho a ser seguido para transformar a saúde mental no país. De acordo com Amarante (1995) e Angeli (2006), nesse processo de luta pela reforma, encontra-se, pelo menos três correntes de pensamento. Para Angeli,

[...] Percebe-se uma distinção entre as Reformas Psiquiátricas, o movimento de Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática. Estas primeiras buscavam encontrar meios de transformar a instituição psiquiátrica, em alguns casos, até de humanizá-la, torná-la um ambiente de cura, desconstruindo práticas anteriores que impediam este processo. Contudo, neste caso, a institucionalização ainda era vista como fator fundamental para o tratamento. A Antipsiquiatria, ao contrário, põe em “xeque” o processo de institucionalização da loucura, e além disso, questiona o saber médico sobre a mesma. Já a Psiquiatria Democrática se aproxima dos pressupostos da Antipsiquiatria, com o diferencial de que não nega a doença mental, mas a coloca como produto de fatores sociais. (ANGELI, 2006, p.26)

⁸ Franco Basaglia foi um médico psiquiatra da Itália, que entre os anos de 1961 e 1968 promoveu uma ampla reforma institucional no Hospital Psiquiátrico Provincial. “Foi criado um circuito de atenção totalmente substitutivo ao hospital psiquiátrico, contando com diversos dispositivos: entre eles podemos citar: Centro de Saúde Mental (funcionamento 24 horas.), grupos-apartamentos (residências para moradias de usuários, com ou sem acompanhamento técnico), cooperativas de trabalho, serviço de Diagnose e Cura (emergência psiquiátrica) e Centros-dia (convivência)”. (PEREIRA, 2004, p. 72).

⁹ Cf. CASTEL, 1978; GUATTARI, 1981; GOFFMAN, 1974.

Neste sentido, a década de 1970 pode ser caracterizada como um período rico em contradições. É possível observar a elaboração de propostas de reestruturação do atendimento psiquiátrico com a prerrogativa de se implantar uma prática de assistência comunitária, preventivista, terapêutica e fora da instituição hospitalar e, paralelo a isto, havia a predominância do privilégio à privatização e um aumento expressivo da rede privada de saúde financiada pelo Estado brasileiro, através da Previdência Social, oferecendo incentivo fiscal para a realização de internamentos em hospitais psiquiátricos privados.

O debate sobre a reforma psiquiátrica brasileira se ampliou e ganhou destaque, principalmente na década de 1980. Segundo Paulo Amarante, um período que “diz respeito à luta pela construção de um Estado verdadeiramente democrático, após 20 anos de ditadura militar.” (LUZ, 1987, p.132 apud AMARANTE, 1995, p. 76). Para Amarante, a segunda metade da década de 80 foi fundamental para pensar o movimento da reforma psiquiátrica, pois foi neste momento ocorreram diversos eventos e acontecimentos que suscitaram reflexões sobre a situação da saúde mental no país. De acordo com o autor,

[...] destacam-se a realização da 8^a Conferência Nacional de Saúde e da I Conferência Nacional de Saúde Mental, o II Congresso Nacional de Trabalhadores da Saúde Mental (...), a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (São Paulo), e do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (Santos), a Associação Loucos pela Vida (Juqueri), a apresentação do Projeto de Lei 3.657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado, ou ‘Projeto Paulo Delgado’, como ficou conhecido, e a realização da 2^a Conferência Nacional de Saúde Mental. (AMARANTE, 1995, p. 75).

Segundo Amarante (1995, p. 76), esses encontros e debates realizados por vários grupos da sociedade, entre eles os próprios pacientes, ex-pacientes e seus familiares representaram avanços importantes na reorganização da assistência psiquiátrica, permitindo maior visibilidade e uma ação mais abrangente, tomando rumos de uma dimensão nacional. Tornando-se “um processo que ocorre, a um só tempo e articuladamente, nos campos técnico-assistencial, político-jurídico, teórico-conceitual e sociocultural”.

Para Nina Isabel Soalheiro, o II Congresso Nacional de Trabalhadores da Saúde Mental, conhecido como Congresso de Bauru, ocorrido em 1987 foi de extrema importância para o processo de reforma psiquiátrica. Segundo a autora durante esse evento foi criado “um dia nacional de luta, adotando o lema ‘Por Uma Sociedade Sem Manicômios’ e fundando o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, que inclui definitivamente os usuários e seus familiares”. (SOALHEIRO, 2014, p. 279).

Cabe destacar a importância deste movimento para a reforma psiquiátrica brasileira, pois de acordo com Soalheiro durante o “histórico Congresso de Bauru, aconteceu a primeira manifestação pública pela extinção dos hospitais psiquiátricos no Brasil.” (2014, p.280). Além disso, o dia 18 de maio foi consagrado como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, que inclusive é comemorado até os dias de hoje “com mobilizações, debates e grandes manifestações públicas em todos os estados do país, agregando os mais diversos atores sociais envolvidos no movimento pela reforma psiquiátrica brasileira.” (SOALHEIRO, 2014, p.280).

Outro acontecimento fundamental para as mudanças do modelo assistencial no Brasil foi a elaboração do projeto de lei apresentado por Paulo Delgado à câmara dos deputados em 1989. Entretanto, para Yasui, há uma diferença significativa entre o texto apresentado por Paulo Delgado, que propunha principalmente a extinção de hospitais psiquiátricos e a substituição por serviços alternativos, e a lei assinada em 2001 transforma uma crítica radical em um texto tímido, preconizando o atendimento psiquiátrico não mais centrado nos hospitais psiquiátricos, mas mantendo a existência destes.

Na perspectiva de Vasconcellos (2008), embora os hospitais psiquiátricos ainda existam, eles não são predominantes no tratamento à saúde mental. A partir da Lei 10.216/01 houve uma distribuição dos leitos psiquiátricos em hospitais gerais e a ampliação de serviços substitutivos, como por exemplo, a criação de CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) e ambulatórios. (VASCONCELLOS, 2008, p. 73).

A Lei Paulo Delgado, como ficou conhecido o documento, além de estabelecer os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtornos mentais, em seu artigo 3º estabelece que “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.” (BRASIL, 2001).

O 4º artigo da Lei 10.216/01 prevê que “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.” (BRASIL, 2001). Ou seja, nas prerrogativas da lei só deveria acontecer o internamento em casos de alta complexidade ou como uma forma de contenção inicial, cujo principal objetivo deveria ser a reinserção social do paciente em seu meio. No parágrafo segundo deste artigo estabelece que “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.” (BRASIL, 2001).

Assim, assistência à saúde mental no Brasil tem sido alvo de constantes debates por vários setores da sociedade e cada um deles carrega consigo discursos que legitimam seus interesses. Pode-se encontrar, por um lado, os defensores de uma legislação em saúde mental voltada para a extinção progressiva de leitos em hospitais psiquiátricos e o aumento gradativo desses leitos em hospitais gerais.

Por outro lado, também encontram-se os hospitais e clínicas psiquiátricas privadas que defendem a manutenção dos leitos enquanto um mecanismo eficiente, pois acreditam ser, talvez, o único capaz de suprir as necessidades dos usuários do serviço de saúde mental. Neste movimento, é ainda possível observar os usuários, ex-usuários e familiares dos usuários da assistência a saúde mental, que possuem as mais diversas opiniões acerca desta questão.

Atualmente, há divergências entre os envolvidos no processo de reformulação dessa legislação. A Reforma Psiquiátrica se constitui em constante ciclo de reflexão. Pensar a quantidade e a diversidade dos atores envolvidos neste processo aumenta ainda mais a complexidade deste movimento, expressando a heterogeneidade das ideias, dos pensamentos e ações que giram em torno deste.

Para Pombo (2007), esta nova forma de atendimento propõe substituir os modelos de tratamentos tradicionais, buscando uma ressocialização dos sujeitos sem a necessidade de serem retirados do convívio social, permitindo-lhes reconhecer-se dentro deste processo, respeitando sua subjetividade, individualidade e diferença (POMBO, 2007, p. 112). Embora seja uma nova forma de abordagem da loucura, este atendimento ainda possui algumas práticas do tratamento psiquiátrico tradicional como, por exemplo, as formas de internamento, a medicalização e contenção dos sujeitos.

Em nível federal, a lei que reorganiza a assistência psiquiátrica no Brasil data de abril de 2001. Entretanto, no Estado do Paraná, antes mesmo de estabelecida a Lei Federal 10.216/01, foi promulgada a Lei Estadual nº. 11.189, em 09 de novembro de 1995 que estabelecia a substituição do modelo hospitalocêntrico por serviços alternativos e estabelecia os cuidados com os usuários de saúde mental.

No que se refere à assistência à saúde mental no Paraná, esta se difere das práticas realizadas em outras localidades, no entanto, está articulada a um processo mais amplo de políticas públicas em saúde mental em nível nacional. De acordo com Yonissa Marmitt Wadi, no Paraná o atendimento psiquiátrico começou tardio se compararmos a outros estados, como São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul. O primeiro hospital psiquiátrico foi o Hospício Nossa Senhora da Luz, inaugurado em 25 de janeiro de 1903 em Curitiba, capital do

estado. Segundo a autora, esta instituição permaneceu como o único hospital psiquiátrico no Paraná por cerca de 40 anos. (WADI, 2009, p. 79)

De acordo com Wadi, em 1944 foi criado em Curitiba o primeiro ambulatório com o objetivo de atender a assistência psiquiátrica no estado. Em 1945 foi fundado o segundo hospital psiquiátrico, o Sanatório Bom Retiro, ligado à fundação espírita, localizava-se também na cidade de Curitiba. Apenas em 1954 foi inaugurado um terceiro hospital psiquiátrico, o Hospital Colônia Adauto Botelho, no município de Piraquara, sendo visto como um modelo moderno de atendimento psiquiátrico. No entanto, esse modelo moderno de assistência à saúde mental, logo acabou equiparando-se a outras instituições psiquiátricas do país, com os mesmos problemas de superlotação e precárias condições no atendimento. (WADI, 2009, p. 80)

É interessante notar que, do início do século XX até a década de 1950 haviam apenas três instituições psiquiátricas para atender toda a demanda do estado. Entretanto, a criação do Hospital Colônia Adauto Botelho já estava inserida em uma política de ampliação da assistência à saúde que havia se iniciado na década de 1950 em nível nacional. Esta prática expansionista caracterizou-se, posteriormente, em um aumento expressivo de leitos psiquiátricos em hospitais e clínicas privadas especializadas, ocorrido entre as décadas de 1960 e 1970. (WADI, 2009, p. 80).

Neste sentido, em apenas duas décadas foram criadas dez instituições psiquiátricas privadas no estado. Para visualizar este processo de ampliação e privatização dos leitos psiquiátricos no Paraná, apresento um quadro elaborado por Wadi, Olinto e Casagrande sobre hospitais psiquiátricos e clínicas especializadas particulares criados nas décadas de 1960 e 1970.

Quadro 1: Hospitais Psiquiátricos Privados Inaugurados no Paraná entre 1960-1970.¹⁰

Nome	Município	Ano
Hospital Psiquiátrico de Maringá (Sanatório Maringá)	Maringá	1966
Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha	Ponta Grossa	1967
Clínica Dr. Hélio Rotenberg (Hospital Pinel)	Curitiba	1968
Hospital e Casa de Saúde São Marcos	Cascavel	1970
Hospital Psiquiátrico Nossa Lar	Loanda	1970
Casa de Saúde de Rolândia	Rolândia	1970
Clínica Santa Cruz	Umuarama	1970
Clínica Heidelberg	Curitiba	1972
Hospital San Julian	Piraquara	1975 ¹¹
Hospital Psiquiátrico Filadélfia	Marechal Cândido Rondon	1979

FONTE: SESA/ ISEP/DSS/ Coordenação de Saúde Mental, 2007; LENDZION, 2007. (WADI; OLINTO, CASAGRANDE, 2015, p. 1360.).

Os três primeiros hospitais psiquiátricos fundados no Paraná, ainda estão em funcionamento. Com relação aos hospitais e clínicas do Quadro 01, apenas o Hospital e Casa de Saúde São Marcos de Cascavel, Hospital Franco da Rocha de Ponta Grossa e o Hospital Filadélfia de Marechal Cândido Rondon não estão mais em funcionamento, os demais continuam com os atendimentos. Porém, apesar de estarem ativas, essas instituições sofreram alterações quanto ao número de leitos ofertados ou conveniados com o SUS (Sistema Único de Saúde).

De acordo com Wadi, Olinto e Casagrande (2015, p. 1362), no período de pesquisa e escrita do texto, cerca de 72,2% dos leitos psiquiátricos no estado do Paraná são em instituições privadas, 22,2% dos leitos se encontravam em instituições filantrópicas e apenas 5,6% em instituições públicas. Segundo as autoras, são praticamente as mesmas configurações existentes na década de 1970.

¹⁰ No quadro utilizado para compor o trabalho de dissertação de minha autoria (ARAUJO, 2011), contendo os dados organizados por Wadi (2009, p.84), há uma diferença nas informações referentes ao Hospital San Julian. De acordo com Wadi (2009) e Araujo (2011), o Hospital San Julian havia sido construído na cidade de Curitiba Em 1973. Em outro trabalho publicado por WADI, OLINTO e CASAGRANDE (2015) os dados foram atualizados e as informações referentes ao Hospital San Julian constam que ele foi construído em Piraquara, 1975, conforme aponta tabela aqui utilizada.

¹¹ O hospital foi construído em 1968, mas iniciou seu funcionamento efetivo no ano de 1975. (WADI; OLINTO; CASAGRANDE, 2015, p. 1360.)

Muitos hospitais psiquiátricos privados têm fechado, alegando diversas justificativas, entre elas a falta de verbas ou valores insuficientes e desatualizados que são repassados pelo SUS e/ou pela pressão do movimento de luta antimanicomial. Neste sentido, muitos representantes desses hospitais psiquiátricos vêm a público constantemente expor suas ameaças de fechamento, e alguns acabam realmente fechando suas portas.

No início do ano de 2016, o Hospital Filadélfia da cidade de Marechal Cândido Rondon, região oeste do Paraná fechou suas portas totalmente. O Hospital existia desde 1979, com uma capacidade de mais de 200 leitos. Já havia alguns anos que não atendia mais pelo SUS e que não ofertava assistência em sua capacidade plena e em 2016 encerrou por completo suas atividades, apresentando uma diminuição de cerca de 160 leitos psiquiátricos.¹² Outro hospital psiquiátrico, Hospital Dr. Nelson Mendes da cidade de Santa Terezinha de Itaipu, de menor porte, com aproximadamente 56 leitos, também encerrou por completo suas atividades no ano de 2016, alegando dificuldades financeiras.

De acordo com Wadi (2009), as discussões sobre a assistência psiquiátrica no Paraná iniciam-se na década de 1990. A realização de congressos e eventos com a participação de vários grupos da sociedade forçou o debate da legislação em saúde mental e a promoção de melhorias nas práticas de atendimento psiquiátrico. A participação maior da sociedade e a presença de ex-internos e de familiares nestas discussões contribuíram significativamente para a elaboração de leis que reestruturassem a assistência psiquiátrica. Portanto, a presença de vários grupos sociais nos debates foi primordial para a criação da Lei Estadual da Reforma Psiquiátrica nº 11.189, de novembro de 1995.

Esta lei, de autoria do Deputado Florisvaldo Fier, médico pediatra conhecido por doutor Rosinha, trata sobre as condições de internamentos dos sujeitos, estabelecendo que ninguém sofrerá nenhuma perda ou limitação de direitos pelo fato de ser usuário dos serviços de assistência psiquiátrica. A lei também dá os redirecionamentos para os hospitais psiquiátricos, estabelecendo a gradativa substituição dos hospitais psiquiátricos por hospitais gerais. Em seu 2º Artigo, a lei dispõe sobre o novo modelo de atenção em saúde mental.

Art.2.º 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 de 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

¹² Sobre a constituição da assistência psiquiátrica no Hospital Filadélfia em Marechal Cândido Rondon conferir: ARAUJO, 2011.

psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, lares abrigados, pensões públicas comunitárias, oficinas de atividades construtivas e similares. (PARANÁ, 1995)

A lei estadual é anterior à legislação nacional sobre a reforma psiquiátrica. Nela se estabeleceu a criação de um novo modelo assistencial substitutivo ao modelo hospitalocêntrico. Todavia, de acordo com o Coordenador Estadual de Saúde Mental da época, em 2003 o Paraná ainda utilizava “95% dos recursos de saúde mental em leitos psiquiátricos” (CMS, Ata da 4^a Reunião Extraordinária, 04/08/2003). E de acordo com o que foi observado durante a pesquisa, ainda hoje a maior parte dos recursos são destinados a leitos em hospitais psiquiátricos.

Uma das prerrogativas da Legislação de Saúde Mental é que conforme fossem ocorrendo os fechamentos dos leitos psiquiátricos, os recursos financeiros que até então eram destinados a eles, permaneceriam no município para custear as ações substitutivas.

Os recursos financeiros restantes após a redução de leitos, em cada etapa e a cada nova redução, permanecerão nos tetos municipais e estaduais, quando em gestão plena do sistema, para utilização na rede local, micro-regional e regional de serviços de saúde mental, de modo a apoiar o financiamento da implantação e manutenção de CAPS, serviços residenciais terapêuticos e outros serviços de saúde mental nos municípios de destino dos pacientes desinstitucionalizados, bem como custear equipes para suporte à desinstitucionalização. (BRASIL, 2010, P. 61)

A partir deste trecho da Legislação em Saúde Mental é possível observar que teoria e prática não caminham juntas, pois o que se tem notado é que faltam recursos financeiros para a Rede. Durante a pesquisa realizada com as coordenadoras dos CAPS de Cascavel ficou evidente esta falta de recursos.

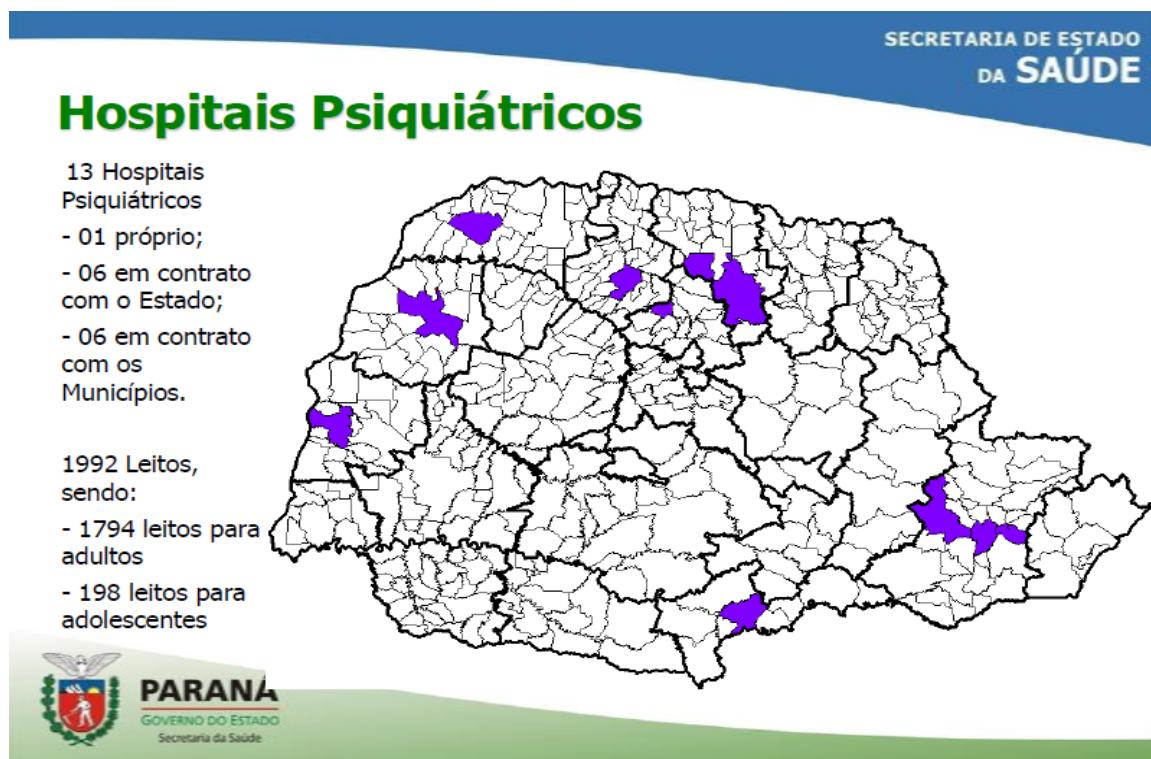
De acordo com a lei 10.216/01, cabe aos hospitais especializados em psiquiatria, apenas o atendimento a usuários de alto risco ou àqueles considerados crônicos. Entretanto, antes de realizar o internamento, a orientação é que se esgotem todas as alternativas de tratamento terapêutico. De acordo com um documento elaborado pela Secretaria de Saúde do Paraná, os hospitais especializados, devem oferecer:

Atendimento a usuários de alto risco, após esgotados os outros recursos terapêuticos; Atendimento a crise; Orientação aos familiares; Remissão de sintomas e estabilização do quadro clínico-psiquiátrico; Referenciar para continuidade do cuidado Internamento de curta permanência. (PARANÁ, Março/2014)

Segundo os dados da SESA, apresentados em um documento elaborado pela Coordenação Estadual de Saúde Mental, em abril de 2014 havia “2228 leitos em hospitais psiquiátricos: 2066 leitos para adultos e 162 leitos para adolescentes” (PARANÁ, Abril/2014, p. 16). Já em um documento elaborado pela Coordenação Estadual de Saúde Mental em junho de 2016 para capacitação dos profissionais da área de saúde, nota-se uma redução de 236 no número de leitos, totalizando 1992 leitos em hospitais psiquiátricos.

No mapa a seguir, retirado do documento supracitado é possível observar a quantidade de leitos e visualizar a localização dos hospitais psiquiátricos no Estado.

Mapa 6: Localização dos Hospitais Psiquiátricos no Paraná



Fonte. PARANÁ, Junho 2016, p. 37.¹³

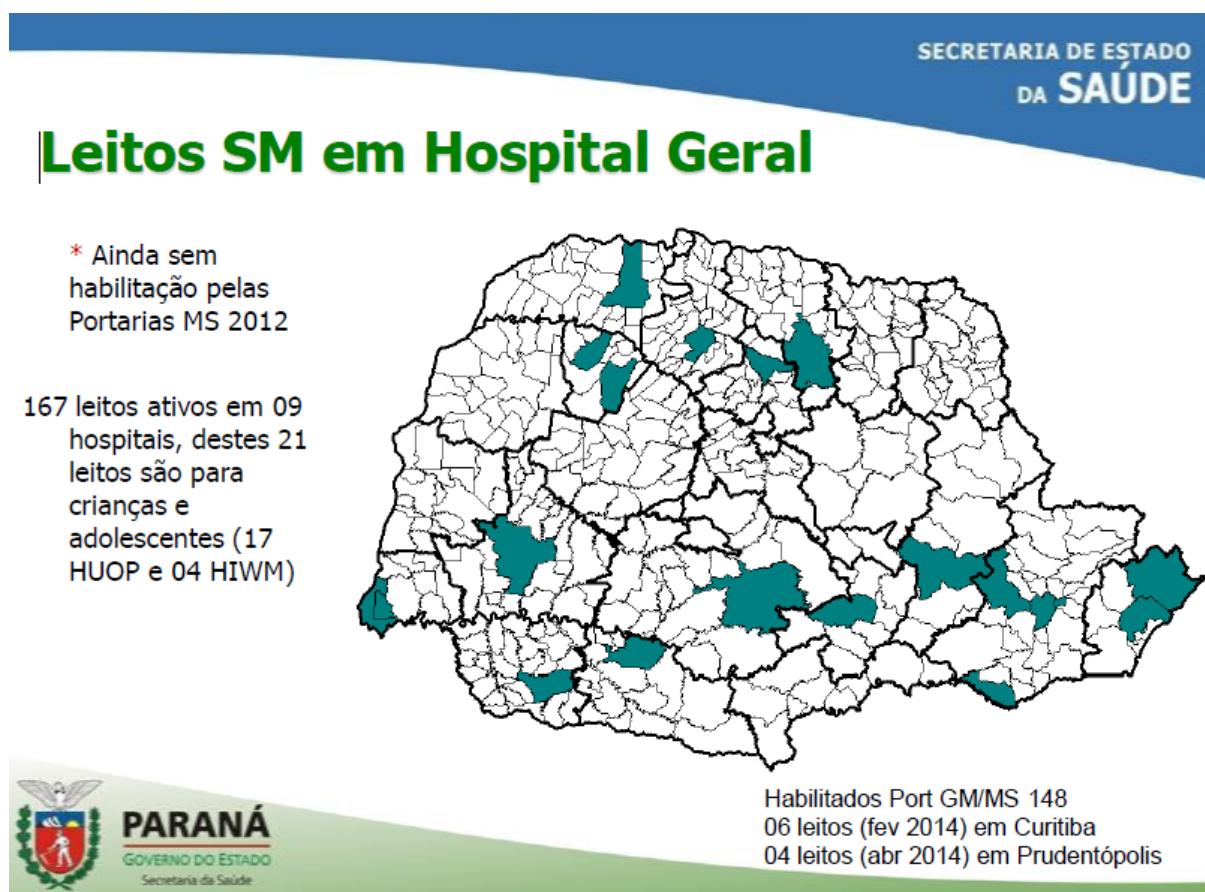
De acordo com os dados destes documentos, um elaborado em março de 2014 e outro apresentado em junho de 2016, visualiza-se a diminuição de leitos para adultos e um aumento no número de leitos psiquiátricos para adolescentes, de 162 para 198. Entretanto, ao observar as informações contidas nesses documentos, percebe-se que há uma contradição no movimento da assistência psiquiátrica no Paraná, pois ao mesmo tempo em que houve

¹³ Este documento foi produzido pela Coordenação Estadual de Saúde Mental para apresentação em cursos de capacitação para profissionais da área psiquiátrica. Disponível em: http://www.mppr.mp.br/arquivos/File/Projeto_Semeiar/Material_Capacitacao/Rejane_Tabuti_A_Rede_de_Atencao_Psicossocial_no_Estado_do_Parana.pdf. Acesso em 12/08/2016.

redução de leitos em hospitais psiquiátricos, ocorreu também uma diminuição dos leitos psiquiátricos em hospitais de clínica geral.

De acordo com o documento elaborado em abril de 2014, haviam 200 leitos ativos em 08 hospitais de clínica geral, destes 21 leitos eram para crianças e adolescentes (PARANÁ, 2014, p. 17). Já em 2016 este número caiu para 167 leitos ativos em 09 hospitais, destes 21 leitos são para crianças e adolescentes. (PARANÁ, 2016, 36).

Mapa 7: Localização dos Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral no Paraná.



Fonte: PARANÁ, Junho/2016, p.36.¹⁴

Cabe destacar que as diretrizes da legislação em saúde mental, preveem que os recursos destinados aos leitos fechados em hospitais psiquiátricos deveriam ser reencaminhados para serviços substitutivos e leitos psiquiátricos em hospital geral. Entretanto, a redução de leitos psiquiátricos, tanto em hospitais especializados como de

¹⁴ PORTARIA Nº 148, de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html. Acesso em 12/01/2018.

clínica geral, ocorreu concomitante à ampliação da Rede assistencial, como CAPS, ambulatórios, residências terapêuticas, atendimentos nas UBS e UFs, entre outros.

Para complementar as informações e confrontar os dados, realizei pesquisas em diferentes fontes de informações e uma delas refere-se à base eletrônica de dados do Ministério da Saúde, consultada em maio de 2017. Realizou-se uma busca nas páginas do MS, marcando as opções que estavam relacionadas à saúde mental, como leitos clínicos em saúde mental, leitos especializados em psiquiatria, leitos em unidades de acolhimento noturno e leitos em hospital-dia. Assim, nos quadros a seguir é possível visualizar a localidade, o nome das instituições e o número de leitos do Paraná registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde- CNES.¹⁵

O quadro a seguir apresenta dados de leitos psiquiátricos em hospitais de clínica geral existentes no Paraná. Nesta modalidade de cadastro existem 182 leitos, dos quais 101 pertencem ao SUS e 81 à rede privada, ressaltando que a maioria dos estabelecimentos é de natureza jurídica privada. Observe:

Quadro 2: Número de Leitos Psiquiátricos em Hospitais de Clínica Geral no Paraná.

Indicadores - Leitos Estado - Todos Tipo Leito - Clínico - SAUDE MENTAL					
CNES	Estabelecimento	Município	Existentes	SUS	
2733579	HOSPITAL REGIONAL CRISTO REI	ASTORGA	4	4	
7039344	POLICLINICA CHOPINZINHO	CHOPINZINHO	7	7	
6388671	HOSPITAL DO IDOSO ZILDA ARNS	CURITIBA	6	6	
7250401	SOCIEDADE BENEFICENTE CRISTO REI	MANDAGUARI	4	0	
7264593	CLINICA DE REABILITACAO PSICOSSOCIAL DE MARINGA	MARINGA	10	0	
2587289	HOSPITAL PSIQUIATRICO DE MARINGA	MARINGA	80	80	
9040609	CLINICA EMUNAH	PIRAQUARA	60	0	
2743388	HOSPITAL IRMANDADE DA SANTA CASA	PRUDENTOPOLIS	4	4	
2582066	SANTA CASA URAI	URAI	7	0	
			182	101	
Total de Estabelecimentos					9

Fonte: BRASIL, 2017.

Entretanto, ao analisar essas informações é possível observar algumas divergências nos dados. Uma destas divergências pode ser visualizada no Quadro 2, pois de acordo com a opção selecionada na página do MS deveria apresentar apenas leitos destinados à saúde

¹⁵ Nesta pesquisa foi selecionado as opções de “Indicadores de leitos”. Embora na parte superior dos quadros 2, 3, 4 e 5 conste “Estado-Todos”, a opção selecionada foi o Estado do Paraná e, por último o Tipo de Leito: Clínico – Saúde Mental, especializados em psiquiatria, acolhimento noturno e hospital-dia. Os quadros não foram elaborados por mim, apenas foi capturada a imagem da tela do computador no momento em que os dados da pesquisa foram gerados e reproduzidos aqui neste trabalho.

mental em hospital de clínica geral que atende concomitante à outras especialidades. No entanto, consta na lista a Clínica de Reabilitação Psicossocial de Maringá que de acordo com o cadastro do portal do MS possui 10 leitos em saúde mental e 60 leitos de reabilitação, todos voltados para a assistência à saúde mental. Já o Hospital Psiquiátrico de Maringá aparece nos Quadros 2 e 3, com 80 e 192 leitos respectivamente. Esta instituição cujo nome empresarial é Sanatório Maringá LTDA possui um total de 272 leitos, sendo que 240 são para atendimentos pelo SUS todos destinados à saúde mental. Além dessas instituições a lista exibe a Clínica EMUNAH de Piraquara com 60 leitos privados destinados ao tratamento de dependentes químicos.

Portanto, as 3 instituições mencionadas oferecem assistência exclusivamente para saúde mental e não atendem à outras modalidades de clínica geral. Neste sentido, após a análise dos dados obtidos no Portal do MS, excluindo os 150 leitos existentes em instituições especializadas em saúde mental que constam no Quadro 2, o total de leitos psiquiátricos do Paraná disponíveis em hospitais gerais seria de 32 leitos e destes, apenas 21 são destinados ao SUS e não 101 como consta no Quadro 2.

O Quadro 3 apresenta dados do cadastro das especialidades, neste caso, psiquiatria. De acordo com estas informações há 48 estabelecimentos que possuem leitos especializados em psiquiatria, totalizando 2659 leitos. Deste total, 2088 pertencem ao SUS e os 571 restante são destinados ao atendimento privado. Observe o quadro a seguir:

Quadro 3: Estabelecimentos e Número de Leitos Psiquiátricos no Paraná.

CNES	Estabelecimento	Município	Existentes	SUS
2439360	HNSG HOSPITAL DA PROVIDENCIA	APUCARANA	1	1
0014001	ASSOCIACAO DE PESQUISA E TRATAMENTO ALCOOLISMO	CAMPO LARGO	48	48
3950352	CAPS III CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	CASCABEL	5	5
0016292	CLINICA DR HELIO ROTENBERG	CURITIBA	199	143
0015806	CLINICA HEIDELBERG	CURITIBA	49	0
3197387	CLINICA NOVA ESPERANCA	CURITIBA	31	0
0015245	HEC HOSPITAL EVANGELICO DE CURITIBA	CURITIBA	4	4
0015369	HOSPITAL DO TRABALHADOR	CURITIBA	1	1
0016365	HOSPITAL ESPIRITA DE PSIQUIATRIA BOM RETIRO	CURITIBA	150	90
3521788	HOSPITAL GERAL DE CURITIBA	CURITIBA	2	0
0015407	HOSPITAL UNIVERSITARIO CAJURU	CURITIBA	1	1
0015547	MEDCLIN CLINICA DA MULHER E DA CRIANCA	CURITIBA	1	0
3059200	PORTO SEGURO CLINICA	CURITIBA	50	0
6755771	UNIICA UNIDADE INTERMEDIARIA DE CRISE E APOIO A VIDA	CURITIBA	57	0
2593912	HOSPITAL E MATERNIDADE CATARATAS	FOZ DO IGUACU	4	2
2591049	HOSPITAL MINISTRO COSTA CAVALCANTI	FOZ DO IGUACU	2	0
5061989	HOSPITAL MUNICIPAL PADRE GERMANO LAUCK	FOZ DO IGUACU	15	15
6424341	HOSPITAL REGIONAL DO SUDOESTE WALTER ALBERTO PEZOITS F B	FRANCISCO BELTRAO	1	1
6732100	HOSP REG DO LITORAL LUCY REQUIAO DE MELLO E SILVA	GUARAQUECABA	2	2
2783789	SANTA CASA DE IRATI	IRATI	13	13
2573504	HOSPITAL REGIONAL DO VALE DO IVAI	JANDAIA DO SUL	296	280
2753987	HOSPITAL PSIQUIATRICO NOSSO LAR	LOANDA	48	48
2577755	CLINICA DAS PALMEIRAS	LONDRINA	40	0
2578468	CLINICA PSIQUIATRICA DE LONDRINA	LONDRINA	220	200
2781859	HOSPITAL UNIVERSITARIO REGIONAL DO NORTE DO PARANA	LONDRINA	5	5
2578409	VILLA NORMANDA	LONDRINA	65	65
0017779	HOSPITAL MUNICIPAL DE MANDIRITUBA	MANDIRITUBA	1	1
2587343	HOSPITAL E MATERNIDADE MARINGA	MARINGA	1	0
2743469	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA RITA	MARINGA	2	0
2586444	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO MARCOS DE MARINGA	MARINGA	2	0
2586142	HOSPITAL MEMORIAL UNINGA	MARINGA	2	2
2743477	HOSPITAL MUNICIPAL DE MARINGA THELMA VILLANOVA KASPROWICZ	MARINGA	26	26
2587289	HOSPITAL PSIQUIATRICO DE MARINGA	MARINGA	192	160
2686929	HOSPITAL DE CARIDADE DE PALMEIRA	PALMEIRA	4	4
2687127	HOSPITAL REGIONAL DO LITORAL	PARANAGUA	4	4
2754738	SANTA CASA DE PARANAVAI	PARANAVAI	2	2
0018260	HOSPITAL COLONIA ADAUTO BOTELHO	PINHAIS	160	160
0018384	ASJA	PIRAQUARA	390	390
7707924	CADMO CLINICA MEDICA MATRIZ	PIRAQUARA	50	0
6940943	CENTRO DE TRATAMENTO CLEUZA CANAN	PIRAQUARA	28	0
5833418	HOSPITAL GERAL UNIMED	PONTA GROSSA	1	0
2686945	HOSPITAL SAO CAMILO	PONTA GROSSA	60	60
0018694	HOSPITAL BOM JESUS	RIO NEGRO	3	3
2727250	CASA DE SAUDEROLANDIA	ROLANDIA	157	157
2753278	HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DE SAO JOSE DOS PINHAIS	SAO JOSE DOS PINHAIS	11	11
2733633	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA CASA DE UBIRATA ASCAU	UBIRATA	1	1
2594358	CLINICA SANTA CRUZ	UMUARAMA	156	150
2568292	COMUNIDADE TERAPEUTICA DR WARRIB MOTTA	UNIAO DA VITORIA	96	33
Total de Estabelecimentos			2659	2088
				48

Fonte: BRASIL, 2017. (Quadro modificado pela autora).

Os números apresentados na base de dados do Ministério da Saúde são formulados a partir do CNES e não se pode ter certeza de que realmente estão em funcionamento. Neste sentido, seguindo a trilha das divergências de informações, é possível observar que os dados referentes ao Quadro 3, apresentam certa confusão de informações. De acordo com a opção selecionada na página do MS, deveriam ser exibidas apenas as instituições com atendimento exclusivamente em saúde mental. Para facilitar a visualização, inseri setas indicando quais são as instituições especializadas em psiquiatria. Entretanto, observa-se que no Quadro 3 constam instituições psiquiátricas e hospitais de clínica geral que também atendem à psiquiatria. Fato que obviamente altera o total de leitos e de estabelecimentos especializados em saúde mental.

Além disso, algumas instituições especializadas possuem cadastros de saúde mental e psiquiatria, com números de leitos diferentes para cada uma das modalidades, como é possível observar nos Quadros 3 e 4. Por exemplo, a Clínica Dr. Helio Rotenberg que possui 199 leitos para psiquiatria, dos quais 143 pertencem ao SUS e 235 para hospital-dia em saúde mental pelo SUS, totalizando 434 leitos, dos quais 378 são ofertados pelo SUS. Também a Clínica Heidelberg possui 49 leitos para psiquiatria e 65 para hospital-dia em saúde mental, totalizando 114 leitos particulares. Nesta mesma situação consta o Hospital Espírita de Psiquiatria Bom Retiro com 150 para psiquiatria, dos quais 90 pertencem ao SUS e 120 para hospital-dia em saúde mental, e entre estes, 30 pertencem ao SUS, somando um total de 270 leitos, sendo 120 ofertados pelo SUS. Com essa mesma dualidade de oferta de leitos, encontra-se o Porto Seguro Clínica, a Unidade Intermediária de Crise e Apoio a Vida e o Hospital Psiquiátrico de Maringá.

Além disso, o CAPS III de Cascavel, indicado com a seta em azul, consta nos Quadros 3 e 5 com a oferta de 5 leitos psiquiátricos e 5 leitos para acolhimento noturno. Assim, de acordo com o CNES o total existente nesta unidade seria de 10 leitos. No entanto, esta unidade oferta os serviços de assistência psicossocial durante o dia e não há leitos disponíveis para internamentos, apenas para repouso dos pacientes que frequentam a unidade e que têm algum tipo de indisposição durante o dia, mas a unidade não funciona no período noturno. Foi possível chegar a esta conclusão, pois realizei visitas de campo no local e conheci a sua realidade, podendo afirmar que não há leitos existentes, entretanto, não conheço pessoalmente as outras instituições apresentadas nos quadros. Neste sentido, é pertinente lançarmos questionamentos e dúvidas sobre a confiabilidade dos dados encontrados no portal do MS.

O Quadro 4 apresenta informações sobre o número de leitos existentes em Hospital-Dia, cujo objetivo principal desta categoria de instituição é ser um recurso intermediário entre a internação definitiva e o ambulatório. Nesta modalidade o paciente realiza atividades

durante 8 horas diárias de segunda a sexta-feira, com atendimento de profissionais em várias áreas do conhecimento, inclusive realizando oficinas diferenciadas na tentativa de evitar o internamento. Nesta categoria de atendimento, existem 514 leitos, sendo que 298 pertencem ao SUS e 216 são privados.

Quadro 4: Número de leitos Psiquiátricos em Hospital-Dia no Paraná.

Indicadores - Leitos Estado - Todos Tipo Leito - - SAUDE MENTAL				
CNES	Estabelecimento	Município	Existentes	SUS
0014869	SANTA CASA DE COLOMBO	COLOMBO	3	3
0016292	CLINICA DR HELIO ROTENBERG	CURITIBA	235	235
0015806	CLINICA HEIDELBERG	CURITIBA	65	0
0016365	HOSPITAL ESPIRITA DE PSIQUIATRIA BOM RETIRO	CURITIBA	120	30
3059200	PORTO SEGURO CLINICA	CURITIBA	50	0
2577739	MAXWELL HOSPITAL DIA DE LONDRINA	LONDRINA	40	30
5833418	HOSPITAL GERAL UNIMED	PONTA GROSSA	1	0
Total de Estabelecimentos			514	298
				7

Fonte: BRASIL, 2017.

O Quadro 4, sobre os leitos psiquiátricos em hospital-dia apresenta a Santa Casa de Colombo e o Hospital Geral Unimed, instituições que ofertam também atendimento em clínica geral e outras especialidades médicas, a Clínica Rotenberg. A Clínica Heidelberg, Hospital Espírita de Psiquiatria Bom Retiro e a Porto Seguro Clínica, possuem atendimentos nas modalidades de hospital-dia em saúde mental e psiquiatria. Apenas o Maxwell Hospital de Londrina está cadastrado exclusivamente como hospital-dia em saúde mental.

O Quadro 5 contém as informações sobre o número de leitos existentes nas unidades de acolhimento noturno. De acordo com o Decreto nº 7.508/11 da presidência da república, estes leitos são de atenção integral para realização de intervenções em situações de crise sem intercorrência clínica grave ou comorbidade e, também, utilizados para repouso e observação dos pacientes (BRASIL, RAPS, 2017). Segundo os dados, são 18 estabelecimentos, totalizando 129 leitos para acolhimento noturno, todos eles pertencentes ao SUS.

Quadro 5: Número de leitos em unidades de Acolhimento Noturno no Paraná.

Indicadores - Leitos					
Estado - Todos					
Tipo Leito - - ACOLHIMENTO NOTURNO					
CNES	Estabelecimento	Município	Existentes	SUS	
7407475	CAPS AD III	CASCABEL	5	5	
3950352	CAPS III CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	CASCABEL	5	5	
7535627	CAPS A D III DE CONGONHINHAS	CONGONHINHAS	8	8	
9114947	CAPS AD III CORONEL VIVIDA	CORONEL VIVIDA	4	4	
3335887	CAPS AD III BAIRRO NOVO	CURITIBA	6	6	
3379248	CAPS AD III CAJURU	CURITIBA	8	8	
5484405	CAPS AD III PORTAO	CURITIBA	8	8	
7149573	CAPS BOA VISTA	CURITIBA	8	8	
7353820	CAPS III BOQUEIRAO	CURITIBA	8	8	
2639432	UMS CENTRO VIDA CENT ESP DE VAL INT DO ADOLESCENTE	CURITIBA	7	7	
7513739	CAPS AD III ADULTO CIS CENTRO OESTE	GUARAPUAVA	15	15	
7513747	CAPS AD III INFANTO JUVENIL CIS CENTRO OESTE	GUARAPUAVA	10	10	
2579316	CAPS III CENTRO DE ATENCAO PSICOSOCIAL	LONDRINA	6	6	
2594838	CAPS AD III CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL PARA ALCOOL E OU	MARINGA	10	10	
2586312	CAPS III CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL III	MARINGA	1	1	
7456859	CAPS AD III REGIONAL	MARMELEIRO	4	4	
7519605	CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL CAPS AD III	PONTA GROSSA	8	8	
7481888	CAPS AD III CENTRO DE ASSISTENCIA PSICOSOCIAL ALCOOL E DROGA	TOLEDO	8	8	
Total de Estabelecimentos			129	129	
					18

Fonte: BRASIL, 2017.

Em relação ao Quadro 5 a única divergência a ser observada refere-se ao CAPS III de Cascavel, já mencionado, no qual não há oferta de leitos. Possivelmente esta situação deve fazer parte da realidade de outras instituições indicadas nos quadros. Entretanto, não há indícios suficientes para fazer esta afirmação, pois não tive acesso direto às mesmas.

A partir destes dados, somando todas as modalidades de assistência a saúde mental que ofertam leitos psiquiátricos, existem no total 3.484 leitos, sendo que destes números, 2616 pertencem ao SUS e o restante, 868 são destinados ao atendimento privado. No entanto, como já observamos anteriormente as divergências entre os números fornecidos na página do MS, como por exemplo, leitos inexistentes ou duplicados, nos levam a questionar sobre a confiabilidade e transparência das informações

Ao analisar um conjunto de dados obtidos com a pesquisa e realizar contas e mais contas para tentar chegar a números correspondentes e/ou semelhantes, não foi possível chegar à uma conclusão por falta de informações oficiais precisas. Desta forma, os dados encontrados sugerem possibilidades de oferta de atendimento psiquiátrico e nos propõem a

refletir sobre a saúde mental no Estado, pois os dados oficiais são confusos e, em alguns casos não condizem com a realidade vivida.

Segundo os dados do IBGE, atualmente a população do estado do Paraná ultrapassa os 11 milhões de habitantes e, de acordo com o recomendado pelo MS deveria existir cerca de 1 leito para cada 1000 habitantes. Desta forma, o número de leitos existentes no Estado está abaixo do recomendado, pois segundo essa recomendação deveriam existir cerca de 11 mil leitos psiquiátricos. Entretanto, de acordo com os dados obtidos no CNES através do Portal do MS, sobre os leitos psiquiátricos no Paraná, somando as modalidades de psiquiatria em hospitais de clínica geral, psiquiatria em hospitais especializados e saúde mental, teremos no Estado um total de 3.375 leitos e para atingir a recomendação do Ministério da Saúde, deveriam ser criados mais 7.625 leitos.

1.3: A LUTA PELA MANUTENÇÃO DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS PRIVADOS NO PARANÁ

A Legislação em Saúde Mental resultante dos debates sobre a luta antimanicomial e a reforma psiquiátrica já caminham para 20 anos de existência. Porém, desde a implantação da nova legislação surgiram muitos discursos defensores da manutenção dos leitos psiquiátricos, principalmente nas instituições privadas que são as que majoritariamente oferecem internamentos psiquiátricos.

Durante a investigação realizada foram encontradas diversas matérias de jornais impressos e online, em sites eletrônicos, contendo textos que, de certa forma, procuravam deslegitimar as mudanças propostas pela reforma psiquiátrica. Em sua maioria, os textos exibidos apresentam críticas ao sistema de atendimento psiquiátrico em Rede e a falta de leitos psiquiátricos.

De acordo com Amarante (1995) o movimento em defesa da saúde mental promoveu e, podemos considerar que ainda promove mudanças na forma de olhar para a loucura. E para o autor, o fato de promover debates já representa possibilidades de mudanças na saúde mental. Para Amarante,

O certo é que o movimento em saúde mental no Brasil, ora identificado como movimento de luta antimanicomial, ora como movimento pela reforma psiquiátrica ou de alternativas à psiquiatria, e assim por diante, com suas propostas, revolucionárias ou utópicas em alguns momentos, pragmáticas e

normativas em outros, cumpre um importante e único papel no campo das transformações em saúde mental: é o ator político a construir as propostas e as possibilidades de mudanças. Se algumas de suas propostas são cooptadas ou capturadas pelas instituições e entidades (mesmo algumas contrarreformistas), o certo é que estas são levadas a modernizarem seus discursos e projetos políticos para não ficarem defasadas das épocas e dos cenários que o movimento vem construindo. (AMARANTE, 1995, p. 121).

Nesta perspectiva é possível identificar os “empresários da loucura” (utilizando esta expressão para me referir àqueles que lucram com a saúde mental) os quais, se rearticulam e atualizam os seus discursos para continuarem inseridos neste setor. Entretanto, é importante destacar que a defesa contemporânea dos leitos psiquiátricos não se trata daquele modelo hospitalocêntrico, marcado pela superlotação e violência, criticado fortemente pela reforma psiquiátrica, mas sim, leitos hospitalares que seguem as novas propostas preconizadas na legislação em saúde mental, que garantem o direito e a proteção da pessoa acometida da doença mental. Porém, ainda assim, trata-se de uma concepção que o priva de sua liberdade.

Segundo o Promotor de Saúde Pública Ângelo Mazzuchi, não existe a defesa pela manutenção dos leitos psiquiátricos em hospitais especializados. Para ele, o que existe é uma defesa geral para a criação de novos leitos psiquiátricos para dar conta de atender à demanda de usuários da assistência à saúde mental. Em suas palavras:

Franciele: O senhor acha que tem um discurso pela manutenção dos leitos psiquiátricos?

Mazuzuchi: Não, não tem, não existe isso, o que existe é uma reclamação geral, de médicos, da população e dos próprios serviços formadores da rede de uma lacuna existente na rede, o serviço de hospital psiquiátrico especializado como um serviço, a oferta de leitos em serviço especializado bem como a oferta de leitos em hospitais gerais, não se concretizou [...]. (MAZZUCHI, Angelo 2017).

De acordo com este Promotor, os leitos psiquiátricos são necessários, mas eles devem existir como retaguarda à uma Rede alternativa de assistência psiquiátrica. Na sua visão, o que causou o fechamento de leitos foram os fatores econômicos, porque houve um desfinanciamento de leitos em hospitais psiquiátricos públicos por parte do Estado e, não houve uma contrapartida de abertura deles em hospitais de clínica geral.

No entanto, segundo o promotor, existe uma lei no Paraná que determina que para “cada leito fosse fechado, o recurso que historicamente era destinado àquele leito deveria ser revertido para o serviço em aberto, ou para financiar a maior abertura de leitos em hospital geral.” (MAZZHUCHI, 2017). Além disso, uma das prerrogativas da Legislação em Saúde

Mental é a oferta de 10% do total de leitos do hospital geral para psiquiatria, podendo atingir até o máximo de 30 leitos especializados. (BRASIL, 2001).

Nesta perspectiva, podemos considerar que a reforma se coloca como contraditória, pois na medida em que deixa de financiar os leitos em hospitais psiquiátricos, deveria repassar os recursos para as instituições de atendimento em Rede, o que não ocorreu. Este desvio de recursos faz com que fique falho o sistema de atendimento alternativo em saúde mental através da Rede. Para esse Promotor de Saúde Pública,

[...] o anseio dos que militam na área nunca foi, não é e continuará não sendo a criação de hospitais psiquiátricos, não é isso, o anseio é o surgimento de leitos, que tenham condições de absorver uma fração da rede em períodos curtos com internação feita pela própria rede e não pelo hospital, e com retorno à rede preparado para a absorção daquele paciente. (MAZZUCHI, Ângelo 2017)

Entretanto, quando analisamos os leitos psiquiátricos pela questão econômica, os discursos encontrados nos levam a perceber que há certa defesa dos hospitais psiquiátricos e não apenas dos leitos psiquiátricos. De acordo com esta perspectiva é possível observar que as críticas geralmente referem-se ao fechamento de hospitais psiquiátricos, mas não há uma defesa de abertura dos leitos para a saúde mental em hospitais gerais, muito menos a reivindicação da expansão dos serviços alternativos.

No Estado do Paraná, os leitos psiquiátricos estão majoritariamente em instituições privadas. Na maior parte dos casos em hospitais ou clínicas especializadas em psiquiatria. Segundo Wadi, Olinto e Casagrande, os leitos psiquiátricos no Paraná pertencem a instituições privadas. Entretanto, a maior parte deles são conveniados ao SUS. Nas palavras das autoras:

Dados sobre a distribuição dos leitos psiquiátricos nas cidades paranaenses em 2010, obtidos durante pesquisa de campo, mostram que eles estavam majoritariamente alocados em instituições privadas. [...] Esse dados informados pelas instituições são semelhantes aos disponíveis no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para o mesmo ano e muito próximos aos disponíveis no final do ano de 2012, indicando que, na maioria das instituições, os leitos subsidiados pelo SUS constituem também a maioria de leitos disponíveis e que poucas instituições psiquiátricas não oferecem leitos desse tipo. (WADI; OLINTO; CASAGRANDE, 2015, p. 1362.).

Na cidade de Cascavel, apenas o Hospital Universitário ligado à Universidade Estadual do Oeste do Paraná possui leitos psiquiátricos. São 17 leitos destinados para crianças

e adolescentes os quais, não contemplam a demanda existente. De acordo com Iara Bach, Gerente da Divisão de Saúde Mental de Cascavel, os adultos que necessitam de internamentos devem ser direcionados a outras cidades, onde estão localizados os hospitais psiquiátricos.

Crianças e adolescentes usuários de drogas é no HU (Hospital Universitário), agora os adultos com transtorno mental, usuários de drogas ou crianças com transtorno mental a gente tem o acesso em algum hospital a nível do Paraná que são alguns, por meio da central de leitos de Curitiba, eles que disponibilizam essa vaga, nós temos no município um setor de internamento onde a gente passa o click e ela cadastra o paciente no sistema a nível central de Curitiba e aí a gente encaminha o paciente pra onde abre vaga. (BACH, 2016).

Para a Gerente da Divisão de Saúde Mental, os hospitais existentes na cidade de Cascavel “não demonstram interesse também, já foi tentado várias vezes pela regional de saúde que seria a articuladora, mas não há interesse de hospitais nem da cidade, nem da região” (BACH, 2016) em criar leitos psiquiátricos nos hospitais de clínica geral.

Desde o fechamento do Hospital São Marcos, em novembro de 2003, o município de Cascavel tem procurado desenvolver sua própria rede diversificada de assistência à saúde mental. Assim como em outras cidades do estado, os hospitais de clínica geral não têm interesse em oferecer atendimento psiquiátrico concomitante a outras especialidades médicas. Diante deste cenário, os hospitais psiquiátricos privados aproveitam a demanda de atendimento e utilizam a falta de leitos psiquiátricos em hospitais de clínica geral como justificativa para se manterem ativos e reivindicar investimentos públicos no setor diante das alterações propostas pela referida lei.

Podemos dizer que a redução de leitos e fechamento de hospitais psiquiátricos no estado do Paraná se intensificou a partir de 2003. Neste sentido, no contexto da reforma psiquiátrica, o Hospital São Marcos de Cascavel foi um dos primeiros hospitais privados a encerrar suas atividades no Estado.

Contudo, é interessante analisar o movimento de fechamento de hospitais psiquiátricos no Paraná, pois até o ano de 2002 é possível observar uma visão otimista da Federação Brasileira de Hospitais (FBH), sob a liderança do médico psiquiatra Augusto Fonseca da Costa como Diretor Técnico de Psiquiatria. Segundo o texto divulgado no site do Conselho Federal de Medicina (CFM), em 22 de agosto de 2002, “O Paraná avança para oferecer a necessária modernização do modelo assistencial de saúde mental (...), sem os desgastantes conflitos ideológicos e de interesses que ocorrem em outras regiões do país”. (CFM, 2002).

De acordo com este texto divulgado pelo CFM, os gestores dos hospitais psiquiátricos privados no Paraná estavam confiantes de que a nova legislação seria benéfica, porque já possuíam uma assistência à saúde mental bem equipada e estruturada. Para o Diretor Técnico de Psiquiatra da FBH, a nova legislação em saúde mental iria possibilitar uma melhoria, com “a construção de uma rede de recursos assistenciais preventiva, complementar e até mesmo substitutiva, em parceria com a rede hospitalar já existente, iria consolidar o Estado como referencial de qualidade na especialidade.” (CFH, 2002).

Segundo o conteúdo dessa matéria, mesmo com o baixo valor repassado pelo SUS, os índices de qualidade na assistência psiquiátrica oferecida pelos hospitais privados eram altos e como a maioria dos 19 hospitais psiquiátricos já estavam bem estruturados, seria fácil a adaptação ao novo modelo e possível reafirmar uma parceria entre prestadores de serviços e gestores do sistema público.

[...] O diretor da FBH entende que essa “transição” ocorrerá sem maiores traumas e com grande avanço no atendimento da parcela da população que sofre de transtornos mentais. Estrutura e qualidade “Como a linha de ação da Secretaria Estadual de Saúde tem sido, desde a implantação do Projeto Saber Viver, a de selecionar bons hospitais e mantê-los como importantes parceiros, estamos convencidos de que esta soma de esforços propiciará uma nova realidade, compatível à reforma psiquiátrica inaugurada há um ano e três meses”. Mesmo com a expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e das atividades extra-hospitalares, Augusto Fonseca da Costa, que também é médico e dirigente hospitalar no Paraná, acredita que o potencial de leitos hoje disponível não será alterado substancialmente. No Paraná, os 19 hospitais psiquiátricos e quatro hospitais gerais oferecem 4.355 leitos, número compatível ao de $\frac{1}{2}$ leito para cada grupo de 1.000 habitantes preconizado pela Organização Mundial de Saúde e praticado até mesmo em países do Primeiro Mundo. (CFM, 2002).

Entretanto, esta visão otimista dos representantes da FBH nem sempre foi assim, pois a entidade foi durante muito tempo contra a reforma psiquiátrica. Além disso, com o passar do tempo pós-reforma, o otimismo apresentado neste trecho, foi se transformando em críticas, tanto em relação à estruturação da Rede alternativa, como também sobre o valor repassado pelo SUS aos hospitais psiquiátricos.

Para compreender a relação dos discursos proferidos pela FBH sobre a reforma psiquiátrica, faz-se necessário observar o contexto histórico de formação da entidade. De acordo com Amarante, a FBH foi criada em 1966, sob a lógica do governo ditatorial no Brasil. Como aponta o autor, período de consolidação do “processo de maciça privatização da assistência médica previdenciária, quando o Estado deixa de investir na constituição-qualificação de uma rede própria, para comprar serviços privados”. (1995, p.111).

Na perspectiva de Menicucci (2003) a FBH, desde sua fundação representou os interesses particulares dos hospitais privados, sendo uma das responsáveis pelos direcionamentos das práticas de privatizações no setor da saúde, constituídas a partir de uma forte pressão ao Estado. Para a autora, a FBH foi uma significativa defensora das políticas de saúde voltadas para os interesses privados e com menos participação do Estado, pelo menos em termos de regulamentação estatal, pois economicamente se privilegiava as privatizações. (2003, p, 141).

Segundo Amarante, durante as décadas de 1960 e 1970 a FBH passou por um amplo processo de crescimento, tendo o seu domínio ameaçado apenas ao final da década de 1970 e início de 1980, quando o modelo previdenciário de privatização vigente acabou onerando os cofres públicos. De acordo com o autor,

Em 1982, a FBH torna-se uma entidade praticamente restrita aos ‘empresários da loucura’ (praticamente todos os associados e membros da diretoria são proprietários de hospícios) [...] Em 1982, a FBH institui o seu departamento de psiquiatria, que lança um veículo de divulgação, *Psiquiatria em Revista* – que passa a cumprir o papel de defensores dos interesses da entidade no campo da assistência psiquiátrica [...] (AMARANTE, 1995, p.113).

Com base em Amarante (1995) e Menicucci (2003) é possível perceber que a FBH sempre foi um setor importante na questão da saúde brasileira, influenciando direta e indiretamente nas ações do Estado. Como apontam os autores, as intervenções nas políticas públicas de saúde aconteceram em diversos projetos. A exemplo disso, podemos destacar as ações da entidade voltadas a atacar o projeto de lei de Paulo Delgado. Apesar de propor a extinção progressiva dos leitos psiquiátricos públicos, esse projeto não previa a extinção dos hospitais psiquiátricos privados.

Contudo, ante a ameaça deste Projeto de Lei, a FBH rearticula-se em torno da luta pela rejeição do projeto no Senado Federal. Esteve em todos os debates importantes, divulgando notícias na grande imprensa, organizando lobbies, e, inclusive, patrocinando a criação de uma associação de familiares de doentes mentais: A Associação de Familiares de Doentes Mentais (AFDM) [...] Durante todo o ano de 1990, a FBH empenha-se no veto ao Projeto de Lei e, estrategicamente, ataca as experiências que visam a constituir uma assistência psiquiátrica que prescinde do manicômio como recurso de cuidado para a atenção à doença mental [...]. (AMARANTE, 1995, p. 115).

Entretanto, a FBH não conseguiu barrar completamente a reforma psiquiátrica, mas influenciou em alguns direcionamentos da nova legislação em saúde mental, pois como vimos no subitem anterior, o Projeto de Lei de Paulo Delgado, foi revisado e modificado, resultando na aprovação da Lei 10.216/01, cujo texto se mostra bastante diferente do projeto inicial.

Na perspectiva de Menicucci, a FBH no início dos anos 2000 - época em que a tese foi escrita, ainda exercia uma grande influência na política brasileira, sendo atuante em diversos setores do poder público. Nas palavras da autora:

Atualmente (2003), possui doze entidades federadas, correspondentes à Associações de Hospitais de Estados. No Legislativo, sua atuação se faz principalmente na Comissão de Seguridade Social e Família e diretamente com os parlamentares, contando com uma assessoria parlamentar para o acompanhamento de projetos no Congresso Nacional. No Executivo, tem acesso ao ministro da Saúde a assento no Conselho Nacional de Saúde. (MENICUCCI, 2003, p. 142).

Atualmente (2018), seus projetos de privatizações da saúde pública voltam ao plenário para debate, tendo um número significativo de defensores. Diante disso, é possível perceber que a FBH em sua história de luta e defesa de interesses particulares, se articula e rearticula em diversos momentos e formas diferenciadas para manter a lucratividade de seus associados. Ao longo de sua trajetória elaborou seus argumentos, ora tecendo comentários com alusões positivas, ora elaborando críticas ao redirecionamento da assistência psiquiátrica no Brasil. De acordo com Menicucci,

Para barganhar maior remuneração para os serviços hospitalares, utiliza como argumento o direito constitucional de acesso a serviços de saúde, para cuja garantia o papel do setor privado é fundamental. Diante da insatisfação com valores e prazos de pagamento, os hospitais costumam utilizar-se do expediente de paralisação do atendimento à clientela do SUS, além do recurso a ações judiciais, visando receber valores maiores pelos serviços prestados ao sistema público. Na análise deste segmento, o sucateamento da assistência pública é decorrência dos baixos valores das tabelas de remuneração de procedimentos adotada pelo SUS para pagamento da rede médico-hospitalar, imputando a necessidade de reajustes à necessidade de transformar o contexto de saúde da população. A insatisfação com a remuneração, muitas vezes, conduz a acirramentos na relação governo/prestadores de serviços, particularmente com o governo federal, a quem cabe a definição da tabela de pagamento (MENICUCCI, p.142).

A partir dessa explanação sobre a participação da FBH na política de saúde brasileira é possível perceber uma articulação dos donos e diretores desses hospitais psiquiátricos com discursos pela manutenção dos leitos. Esses sujeitos defensores dos leitos psiquiátricos, em

sua maioria, estão ligados a alguma instituição psiquiátrica privada. Assim, a articulação de discursos ocorre para manter os leitos enquanto uma fonte lucrativa e difundir a sua visão de psiquiatria, que entre outros elementos defende a internação como principal forma de tratamento psiquiátrico e não como última opção após esgotar todas as alternativas extra-hospitalares, como preconiza a legislação em saúde mental.

Além da questão financeira, também podemos atribuir aos defensores dos leitos psiquiátricos, certo desconforto com a perda do poder sobre a saúde mental. De acordo com Foucault, as instituições psiquiátricas privadas e/ou confessionais ao longo da História tiveram um papel de normalizadora e regularizadora da sociedade, bem como os psiquiatras também exerciam um papel de controle social. Com a reforma na saúde mental e a criação de uma rede alternativa de assistência, pode-se dizer que este poder acaba se dividindo entre outros sujeitos, profissionais de outras áreas e se mesclando com outros lugares na sociedade.

Com a Rede, o usuário dos serviços de saúde mental mantém contato com diversos locais de tratamento e cria vínculos com profissionais de saúde de várias modalidades, tais como: psicólogo, terapeuta ocupacional, educador físico, assistente social, artesãos, entre outros, disseminando o poder psiquiátrico. Portanto, o hospital e o médico, principais representantes do saber psiquiátrico veem o seu poder ameaçado diante da descentralização da assistência psiquiátrica.

Na perspectiva de Foucault, “o saber psiquiátrico se formou a partir de um campo de observação exercida prática e exclusivamente pelos médicos enquanto detinham o poder no interior de um campo institucional fechado que era o asilo, o hospital psiquiátrico”. (2003, p.122). Neste sentido, com Lei Nº 10.216/01 o psiquiatra deixa de ditar as regras da saúde/doença mental e a instituição psiquiátrica passará a ser o último recurso e não a porta de entrada para a resolução dos problemas.

[...] O poder psiquiátrico é antes de mais nada certa maneira de gerir, de administrar, antes de ser como que uma terapia ou uma intervenção terapêutica: é um regime, ou melhor, é porque é e na medida em que é um regime que se espera dele certo número de efeitos terapêuticos – regime de isolamento, de regularidade, emprego do tempo, sistema de carências medidas, obrigação de trabalho, etc. (FOUCAULT, 2006, p. 217)

Para Foucault, assim como a instituição psiquiátrica, o saber psiquiátrico terá um papel significativo no controle das condutas, normatização e normalização da sociedade. A ele estão incumbidos os desígnios da normalidade, ou seja, o saber psiquiátrico terá a responsabilidade e autoridade suficiente para julgar se este ou aquele indivíduo é normal ou não para

permanecer em uma sociedade em que as elites zelam pela ordem moral e social. Como afirma Foucault, “a instância médica funciona como poder muito antes de funcionar como saber” (2006, p.5). Para o autor:

O poder do médico, claro, não é o único poder que se exerce; porque, no asilo como em toda parte, o poder nunca é aquilo que alguém detém, tampouco é o que emana de alguém. O poder não pertence nem a alguém nem, aliás, a um grupo; só há poder porque há dispersão, intermediações, redes, apoios recíprocos, diferenças de potencial, defasagens, etc. (FOUCAULT, 2006, p. 7).

Neste sentido, podemos compreender que o poder sobre o doente mental não está mais centralizado nas mãos do médico psiquiatra e do hospital psiquiátrico. Tampouco, o poder deixou de ser exercido sobre o doente mental. Com a Reforma Psiquiátrica a Rede, constituída por múltiplos profissionais de áreas distintas passam a exercer o poder fragmentado dentro da Rede e disperso entre outras áreas do conhecimento.

Como já foi mencionado, a FBH representa os empresários do setor da saúde e seus interesses particulares de lucratividade, exercendo poder em diversos âmbitos sociais em termos políticos, econômicos e sociais. E assim como essa entidade, é possível perceber a luta pela sobrevivência dos hospitais psiquiátricos em outras instituições de organização desses empresários.

Seguindo a perspectiva de Foucault, foi possível observar que as articulações em defesa dos leitos psiquiátricos se fazem em diversos setores da sociedade e representantes de entidades, sejam elas sindicais ou de caráter empresarial. Podemos considerar que a FBH e outras entidades ligadas a ela, representaram e continuam representando, os interesses privados de associados através de discursos de críticas à reforma psiquiátrica, se apresentando como “salvadora” dos doentes mentais, especialmente crônicos.

Obviamente não podemos pensar nessas entidades e seus representantes apenas como “empresários da loucura”, determinados a brigar pelos seus lucros a qualquer custo. Contudo, não podemos olhar para estes grupos simplesmente como benevolentes, preocupados com a saúde mental do louco, do indigente e dos menos abastados. É preciso compreender a complexidade dessa dualidade de intenções.

Ao realizar pesquisas em meios eletrônicos na internet me deparei com o site do Sindicato dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Paraná – SINDIPAR, ligado a FBH. Vasculhando seus arquivos encontrei aproximadamente 40 notícias sobre saúde mental. O conteúdo é diverso, variando entre as condições da assistência à saúde mental no

Paraná, a falta de verba para os hospitais psiquiátricos privados e críticas às mudanças que a reforma psiquiátrica promoveu ao longo dos anos. Em uma delas o conteúdo do texto afirma que:

[...] Fruto de uma política ideologizada, os manicômios estão sendo fechados aos poucos, sem nenhuma transição segura, não importando os efeitos da medida. O Paraná era modelo na administração de hospitais psiquiátricos, mas hoje está nas páginas dos jornais. Os pobres doentes mentais sendo colocados na rua porque os hospitais não estão conseguindo se manter. O corte e a diminuição das verbas destes hospitais foram os mecanismos oficiais para extinguir os hospitais psiquiátricos, atendendo a um segmento ideológico ainda não identificado totalmente. (SINDIPAR, 2004).

O “segmento ideológico ainda não identificado totalmente” mencionado pelo SINDIPAR refere-se aos movimentos de contestações ao modelo de assistência psiquiátrica. Longe de ser um grupo homogêneo como aponta Amarante (1995), o movimento pela reforma psiquiátrica foi marcado pela diversidade e divergência de opiniões, porém contribuiu efetivamente para a melhoria da saúde mental e a aprovação da Lei Nº 10.216/01. Contudo, percebe-se que essa entidade sindical refere-se ao movimento em tom de crítica.

A maior parte das notícias divulgadas no site do SINDIPAR apresenta um conteúdo em forma de denúncia. O principal tema é a redução de leitos e o fechamento de hospitais psiquiátricos. Todavia, ao observar o conteúdo de algumas matérias, foi possível perceber que as criações e ampliações da Rede pelo Estado não foram divulgadas com a mesma ênfase que o fechamento de leitos.

É importante frisar que a Rede alternativa de assistência à saúde mental também não foi ampliada nas proporções que deveriam, especialmente pela falta de investimentos por parte dos poderes públicos e pela falta de interesse das instituições privadas. No entanto, os usuários dos leitos psiquiátricos não ficaram totalmente desamparados e nem foram jogados e abandonados nas ruas e a sua própria sorte, quando a nova lei foi aprovada.

Embora o processo de criação e ampliação da Rede tenha sido e ainda é lento, observa-se que não é totalmente inexistente. Em algumas cidades, antes do fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos já existiam CAPS, como em Cascavel, por exemplo. Mas a criação destes estabelecimentos de serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico se intensificou a partir da redução de leitos psiquiátricos. É certo que ainda não possui unidades de tratamento em quantidade satisfatória, como também faltam leitos psiquiátricos por todo o Estado. São muitos os desafios, entretanto, há que se considerar que a Rede está cada vez mais ampliada.

A proposição da lei que institui a reforma da assistência psiquiátrica determina que a transição de um modelo assistencial para o outro deve ser realizada de forma segura, para que o fechamento e redução dos leitos aconteça concomitante a constituição de formas alternativas de assistência ao doente mental. Na lei se preconiza que:

Aprofundando estratégia já estabelecida em medidas anteriores da política de saúde mental do SUS, a redução dos leitos deve conduzir à diminuição progressiva dos hospitais de maior porte, levando em conta sua localização em regiões de maior densidade de leitos hospitalares, e deve estar ancorada num processo permanente de avaliação da qualidade do atendimento hospitalar prestado, o que vem sendo realizado anualmente através do PNASHPsiquiatria. Na mesma direção estratégica, a recomposição das diárias hospitalares deve ser instrumento da política de redução racional dos leitos e qualificação do atendimento. A estratégia deve garantir também que os recursos financeiros que deixarem progressivamente de ser utilizados no componente hospitalar possam ser direcionados às ações territoriais e comunitárias de saúde mental, como os centros de atenção psicossocial, serviços residenciais terapêuticos, ambulatórios, atenção básica e outros. Finalmente, é necessário assegurar que o processo seja conduzido, na melhor tradição do SUS, através de pontuações sucessivas entre gestores (municipais, estaduais e federal), prestadores de serviços e instâncias de controle social. (BRASIL, 2004, p57-8).¹⁶

Quando falamos em investimentos do SUS para a assistência psiquiátrica é preciso levar em consideração que estes visam a redução de hospitais psiquiátricos, principalmente os hospitais de grande porte. Assim, quando os defensores dos hospitais psiquiátricos lutam pela permanência e ampliação dos leitos, estão deixando de lado este elemento essencial da reforma psiquiátrica. Porém, o principal problema da reforma é que os investimentos que são mencionados e que deveriam ser redirecionados para a Rede não estão sendo colocados em prática. Olhando por este viés, os discursos dos defensores dos leitos psiquiátricos passam a fazer sentido.

Em um texto publicado no Jornal Gazeta do Povo e reproduzido na página do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná em 2007, apresenta a visão do Presidente da Associação Paranaense de Psiquiatria Osmar Ratzke, em que, para ele:

Existe, no entanto, em nosso país - e o Paraná não foge à regra - um paradoxo entre os avanços científicos e a visão político-ideológica antipsiquiátrica, que produz um viés distorcido que se reflete nas políticas públicas em Saúde Mental, no âmbito do SUS. Os problemas na área de Saúde Mental no Paraná referem-se principalmente ao fechamento de leitos

¹⁶ BRASIL, Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 52, de 20 de janeiro de 2004 - Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052_20_01_2004.html. Acesso em 04/02/2017.

psiquiátricos em Curitiba, sua região metropolitana e cidades importantes do interior, como Cascavel e Ponta Grossa. Ao mesmo tempo, serviços alternativos como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) não têm sido suficientes para substituir estes leitos, não só porque não foram criados em número suficiente, mas também porque efetivamente não substituem, tecnicamente falando, os leitos destinados a pacientes graves. Muitos acabam migrando para outras regiões, distantes da sua, para internamento em hospitais remanescentes, que, por sua vez, correm o risco de também fechar. Na capital, o ritmo de fechamento de leitos foi contido, graças ao aporte de recursos extras da Secretaria Municipal de Saúde, complementando as diárias básicas do ministério. No restante do estado, contudo, os hospitais são obrigados a sobreviver com diárias muito abaixo de seus custos. (RATZKE, 2007).

Por outro lado, os defensores da reforma psiquiátrica defendem o modelo de rede alternativa como a melhor forma de tratamento para o doente mental. Porém, como afirmam Amarante (1995) e Yasui (2006), é necessário que ocorra uma transformação no modo de ver e olhar para o doente mental. Nas palavras de Yasui, a reforma psiquiátrica deve ser:

[...] pensada como o conjunto de práticas sociais que visam transformar o imaginário social relacionado à loucura, transformando as relações entre sociedade e loucura, a doença mental e a anormalidade. [...] Transformar a relação da sociedade com a loucura é convidar a sociedade a refletir e provocá-la a transformar a sua relação com a diferença, com o estranho, com o estrangeiro. Mudar sua relação com esta alteridade não enquadrável, que escapa a racionalidade. Não há como conceber a criação deste *lócus* para a loucura, sem uma transformação social. (YASUI, 2006, p. 152).

Percebe-se que para Osmar Ratzke, citado no texto do Jornal Gazeta do Povo, a maior preocupação é com o fechamento dos leitos psiquiátricos e com o valor das diárias repassadas aos hospitais psiquiátricos. O psiquiatra menciona a falta de CAPS no Estado, mas não reivindica a ampliação destes serviços. Por outro lado, em uma fala de Paulo Delgado publicada no site da Associação Paranaense de Psiquiatria - APPSIQ em 2008, a criação de leitos não resolverá os problemas dos doentes mentais.

‘Nossas dificuldades estão na ampliação da rede de postos do Centro de Atenção Psicossocial (Caps)’, diz o médico. Segundo ele, para tratar os pacientes com distúrbios mentais, é preciso também ampliar o atendimento do programa Saúde da Família. ‘E, em terceiro lugar, temos que ampliar o atendimento psiquiátrico nos hospitais gerais. Não é criando leitos psiquiátricos que resolveremos os problemas dos doentes mentais.’ (APPSIQ, 2008).

É possível perceber que há uma batalha de discursos sobre a reforma psiquiátrica. Entretanto, se percebe de comum acordo nesta divergência de opiniões é a necessidade de

investimento do SUS na saúde mental, seja ela para a manutenção de leitos psiquiátricos ou para a ampliação da rede alternativa de assistência ao doente mental. Para Yasui, os CAPS representam a expressão da política nacional de saúde mental. De acordo com o autor;

[...] o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o principal instrumento de implementação da política nacional de saúde mental, deve ser entendido como uma estratégia de transformação da assistência que se concretiza na organização de uma ampla rede de cuidados em saúde mental. Neste sentido, não se limita ou se esgota na implantação de um serviço. O CAPS é meio, é caminho, não fim. É a possibilidade da tessitura, da trama, de um cuidado que não se faz em apenas um lugar, mas é tecido em uma ampla rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores. Não podemos compreender a Reforma Psiquiátrica, ainda que estejamos a refletir sobre esta dimensão técnico-assistencial, apenas como a transformação de serviços de saúde. É muito mais. Trata-se do estabelecimento de uma estratégia de cuidados, que envolve o reconhecimento do território e seus recursos; a assunção da responsabilidade sobre a demanda deste território; implica em estabelecer uma estratégia de acolhimento ao sofrer e a demanda que se apresentar; a criação de projetos de cuidado e de uma diversidade de estratégias de cuidado articuladas em rede a este território. (YASUI, 2006, p. 107).

Uma reportagem do Jornal do Povo-Online da cidade de Maringá apresenta o discurso de uma das diretoras do Hospital Psiquiátrico de Maringá semelhante a de outros sujeitos ligados a instituições psiquiátricas. A Diretora do Hospital Psiquiátrico de Maringá e da FEHOSPAR, Maria Emilia Parisoto de Mendonça faz uma crítica à falta de verba que os hospitais privados conveniados com o SUS estavam sofrendo. De acordo com o texto:

Para a diretora, a União está sub-financiando a psiquiatria. ‘Hoje, o governo federal destina somente 1,5% do orçamento para a psiquiatria, o valor inviabiliza a assistência psiquiátrica à população. Com isso, os hospitais especializados em psiquiatria conveniados ao SUS, estão cada vez mais endividados e continuam a funcionar para não deixar a população sem assistência.’ Maria Emilia explica que o paciente tem o direito de receber o melhor tratamento conforme sua necessidade, de acordo com a Lei 10216/01, de proteção aos pacientes psiquiátricos. ‘O Estado força os hospitais psiquiátricos conveniados a fecharem as portas pela dificuldade financeira em manter a assistência aos pacientes, ao não reajustar e repassar adequadamente, a verba emergencial suplementar, conforme convênios realizados, no final de 2007, a partir do Grupo de Trabalho da Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa do Paraná.’ A diretora conta que à época, o Estado suplementou, emergencialmente, sobre o valor mínimo da diária média para a psiquiatria hospitalar, paga pela tabela do SUS, que era de R\$33 para R\$41. Porém, o valor mínimo da diária que os hospitais deveriam receber, apurado em estudo de 2005, à pedido da Federação Brasileira dos Hospitais (FBH), para cumprimento das exigências do Ministério da Saúde era de R\$78,29, o qual corrigido pelo Índice Geral de Preços do Mercado (IGPM), de 2005 a 2007, seria de R\$ 82,44. ‘A quantia suplementada

emergencialmente pelo Estado, de R\$ 41 não reajustada adequadamente, não é suficiente para suprir nossa necessidade, mesmo assim, continuamos pagando para trabalhar e subsidiando um dever constitucional da União e do Estado de financiar a saúde da população', diz Maria Emilia. [...] Os diretores de hospitais estão preocupados em como manter as unidades em funcionamento, pois a situação chegou a um nível insustentável pela falta de ajuda com reajuste adequado do Estado. 'Se impedem o atendimento ao paciente, onde este será tratado, onde as famílias receberão assistência? Com toda a certeza, o paciente vai morrer ou se encontrará desassistido nas ruas e nos presídios', relata a diretora. (Jornal do Povo-Online, 2009).

Outro elemento presente nos discursos dos defensores dos hospitais psiquiátricos é o abandono e a desassistência a qual os doentes mentais serão submetidos com o fechamento dos hospitais psiquiátricos privados. Ao analisar os discursos proferidos pelos defensores dos leitos psiquiátricos é possível perceber uma grande "preocupação" com os doentes mentais crônicos e/ou com pessoas que vivem em situação de rua. Em várias passagens de textos das fontes investigadas, encontra-se este discurso.

De acordo com essas informações, o grande problema do fechamento de leitos psiquiátricos está no desamparo que acontecerá aos doentes mentais crônicos, no qual a família já o abandonou ou não possui condições de cuidar destas pessoas. Segundo eles, o doente mental que possui condições financeiras fará tratamento em uma clínica particular, já o doente mental pobre não tem para onde recorrer.

É importante destacar a atuação da FBH nos direcionamentos da política brasileira em saúde. Como vimos, essa entidade e suas ramificações, como a FEHOSPAR, por exemplo, estão numa disputa constante com o Estado em defesa de sua lucratividade. Neste sentido, ao analisar o conteúdo da matéria e os discursos de Maria Emilia Parisoto de Mendonça, algumas questões ficam no ar e, seguem sem respostas, como por exemplo: Se a verba repassada pelo SUS é tão inferior ao necessário para viabilizar a diárida, como os hospitais psiquiátricos sobrevivem? Se estão sempre no vermelho, como ainda existem 13 hospitais psiquiátricos privados no Paraná? Esses hospitais conveniados ao SUS atendem por benevolência e caridade? Se o Hospital Psiquiátrico de Maringá estava pagando para trabalhar como a diretora afirma, como se mantém ativo até os dias de hoje?

Os discursos defensores das instituições asilares não cessam de difundir a ideia da desassistência. No texto publicado no site da Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Serviços de Saúde no Estado do Paraná - FEHOSPAR é possível perceber o embate existente entre os hospitais psiquiátricos e os leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Segundo a notícia, a disparidade no repasse da verba é considerável entre as duas modalidades de atendimento psiquiátrico. Para a federação:

Hospitais gerais recebem valores maiores. A diária média paga para leitos psiquiátricos em hospitais gerais é de R\$ 56, maior que a destinada a instituições especializadas. Se o hospital geral tiver um serviço especializado para o tratamento dependente de álcool e outras drogas (o Serviço Hospitalar de Referência para Álcool e Drogas), o valor aumenta, chegando a R\$ 130 para desintoxicação aguda e a R\$ 65 para o tratamento de dependência. No ano passado, os valores repassados por esses serviços tiveram um reajuste médio de 31% – já as diárias destinadas aos atendimentos psiquiátricos não se alteraram. O administrador da Clínica Santa Cruz, Israel Antônio dos Santos, reclama da disparidade. “Os hospitais gerais ganham mais, mas na prática fazem tudo para não receber um paciente psiquiátrico, porque ele não pode ser colocado com outros, „ocupa espaço demais””, afirma. Em nota, Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) reforça a ideia de que o tratamento para dependentes de crack não funciona em hospitais gerais e critica a preferência dada para esse tipo de instituição no recém-lançado Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, anunciado no dia 20 de maio pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva. A ABP se opõe a qualquer ação classificada como “redução de danos” e insiste no fortalecimento da rede como um todo, inclusive dos hospitais especializados, e também na prevenção, tendo em vista que os mais atingidos pelo crack e outras drogas são os adolescentes. Atualmente, há 166 hospitais gerais com leitos psiquiátricos no Paraná. (FEHOSPAR, 2010).¹⁷

Como uma das normativas da Legislação em Saúde Mental é a redução progressiva de leitos, para atingir este objetivo, a legislação “estabelece um mecanismo organizador do processo de redução de leitos, com incentivo financeiro pela redução (priorizando os hospitais de menor porte) e pela melhor qualidade de assistência, aferida pelo PNASH – Psiquiatria.” (BRASIL, 2004, p. 62). Para regulamentar o incentivo financeiro às instituições, estabeleceu-se uma divisão dos hospitais psiquiátricos determinando a quantidade de leitos que poderia ter por classificação de grupos e classes. Segundo esta prerrogativa, na prática significa que quanto menos leitos o hospital possuir, maior será o valor da diária por leito repassada a ele pelo SUS. (BRASIL, 2004, p. 58).

Além disso, a legislação estabelece que exista uma rede alternativa, que deve atuar em conjunto. Para efetivar o trabalho em Rede, estabelece incentivos financeiros para hospitais gerais que destinem parte de seus leitos hospitalares para atendimento psiquiátrico. Estes estabelecimentos devem seguir alguns critérios, entre eles:

¹⁷ O Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas foi instituído pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva através do DECRETO Nº 7.179, DE 20 DE MAIO DE 2010, com a finalidade de prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas. BRASIL, Presidência da República. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm Acesso em: 04/09/2017.

a) o número de leitos deverá ser proporcional à população de cobertura na razão de 1 (um) leito para cada 15 (quinze) mil habitantes; b) o número de leitos de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, por hospital, não deverá exceder o percentual de 15% (quinze por cento) do número total de leitos do hospital geral, até o máximo de 30 (trinta) leitos; e projetos que ultrapassarem os parâmetros dos itens a e b poderão, em caráter de excepcionalidade, ser analisados tecnicamente pelo Ministério da Saúde. (BRASIL, 2004, p. 220).

Portanto, a redução destes leitos fez com que diminuíssem os lucros dos hospitais, somando-se a isto, segundo a FEHOSPAR, não houve reajuste do valor da verba repassado pelo SUS aos hospitais psiquiátricos, fazendo com que eles funcionem no “vermelho”. E ainda, os hospitais de menor porte e hospitais gerais que possuem leitos psiquiátricos recebem uma verba de custeio maior, como um incentivo para a redução de grandes instituições psiquiátricas.

O discurso proferido pelos defensores do sistema hospitalar privado não leva em consideração as determinações estabelecidas por lei. Focam-se em criticar a redução dos leitos e afirmar que a Rede de Serviços Alternativos é insuficiente para atender a demanda de usuários e a complexidade de alguns casos de doença mental, se colocando como serviço fundamental e indispensável para a sociedade. É quase inexistente a reivindicação por serviços alternativos, elementos que demonstram uma preocupação com a empresa e não com a qualidade do atendimento à saúde mental.

Em diversas matérias encontramos falas sobre a falta de verba, abandono dos doentes mentais, crítica à redução de leitos, desassistência, entre outras críticas à reforma psiquiátrica. Neste sentido, é possível observar esta tentativa de deslegitimar a rede de assistência de saúde mental, em notícias divulgadas pela FEHOSPAR. De acordo com a matéria divulgada no site da entidade em 2010,

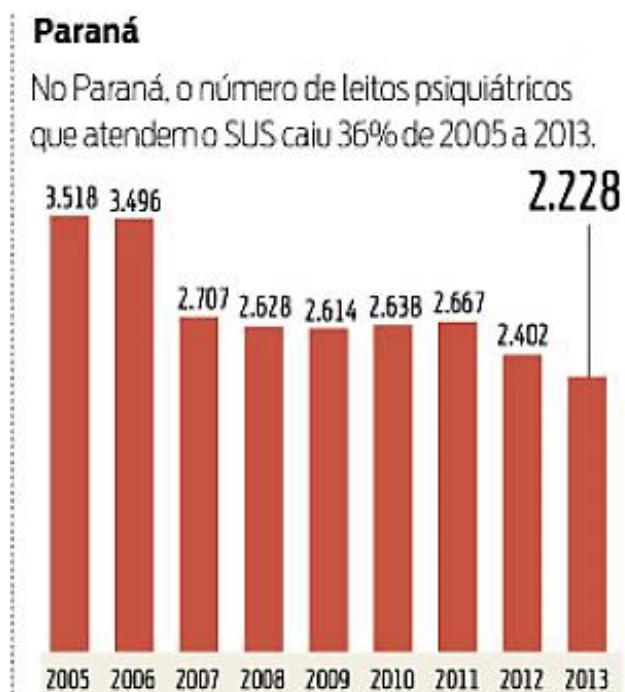
O Paraná conta hoje com 3.266 leitos psiquiátricos, um terço do que seria necessário para atender a demanda e bem abaixo da proporção indicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), de um leito para cada mil habitantes. Com uma população de 10,7 milhões de pessoas, o estado precisaria de 7 mil novos leitos para chegar ao ideal, mas corre o risco de ver o número baixar ainda mais se a diária paga pelo Sistema Único de Saúde (SUS) não subir. (FEHOSPAR, 2010).

De acordo com os dados divulgados pela Revista Contato – Revista do Conselho Regional de Psicologia do Paraná (CRPPR), em uma edição do início do ano de 2011, os leitos psiquiátricos estavam distribuídos, em sua maioria, em hospitais psiquiátricos,

“contrariando as diretrizes da luta antimanicomial, que é contra a exclusão social do portador de transtorno mental, representada pelos antigos manicômios” (REVISTA CONTATO, 2011, p, 17).

De fato ocorreu uma redução dos leitos psiquiátricos no estado do Paraná, tanto privados como ofertados pelo SUS. Em um gráfico divulgado no Jornal Gazeta do Povo em maio de 2014, nota-se que em menos de 10 anos, houve uma redução de mais de 1.290 do ano de 2005 para o ano de 2013. Mas a matéria que também foi divulgada no site da Associação Paranaense de Psiquiatria não mencionou a criação de leitos em hospitais gerais e o desenvolvimento da Rede.

Gráfico 1: Redução do Número de Leitos Psiquiátricos no Paraná.

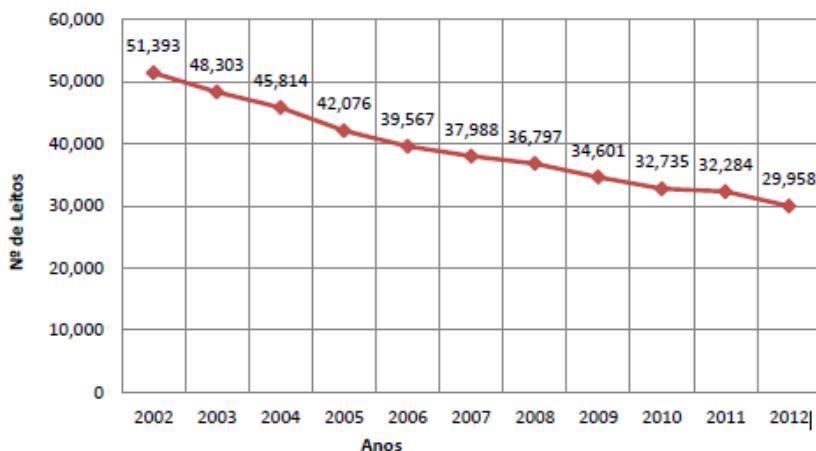


Fonte: Ministério da Saúde, In; Gazeta do Povo, 26/01/2014.

A Lei nº 10.216/01 não atinge apenas os hospitais conveniados ao SUS. A legislação que prega a redução de leitos psiquiátricos estende-se a todos os segmentos. O que acontece é que majoritariamente os leitos psiquiátricos, conforme já mencionado, estão localizados em hospitais particulares que possuem convênios com o SUS. A partir de 2001 vem ocorrendo a redução gradativa de leitos, diminuindo também a quantidade de verba destinada aos hospitais especializados. Mesmo que seja uma clínica particular, deve obedecer a parâmetros, inclusive de tempo de internação, de procedimentos terapêuticos, entre outros.

O gráfico a seguir elaborado pelo Ministério da Saúde para compor um documento de Relatório Geral sobre a assistência à saúde mental no Brasil de 2002 à 2012, apresenta os números da redução de leitos em todo o país. Algo visto como positivo para os defensores da reforma psiquiátrica.

Gráfico 2: Redução de Leitos Psiquiátricos SUS por Ano (2002-2012).



Fonte: Brasil, 2012, p.21.

O próximo gráfico apresenta a expansão dos CAPS em todo o Brasil até junho de 2012. Entretanto, é importante ressaltar que nestes últimos 5 anos, outros centros de atenção psicossocial foram implementados, assim como demais serviços de assistência a saúde mental, como por exemplo, a articulação entre às unidades básicas de saúde e a assistência psiquiátrica.

Gráfico 3: Histórico de Expansão dos CAPS (1998-2012).



Fonte: BRASIL, 2012, p. 6.

A Associação Paranaense de Psiquiatria (APPSIQ) também divulgou materiais de crítica ao modelo extra-hospitalar em saúde mental. Em um deles divulgado em 2011 no site da APPSIQ, o então presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria Antônio Geraldo da Silva, afirma que o fechamento dos hospitais gerou um saldo negativo, pois "o doente foi despejado na rua." (APPSIQ, 2011).

O texto divulgado no site da APPSIQ menciona o atendimento nos CAPS, em que é possível perceber a intenção de crítica ao atendimento substitutivo, pois ao falar da redução dos leitos psiquiátricos apresenta “especialistas” no campo da psiquiatria, como uma forma de dar maior credibilidade e legitimidade ao discurso.

[...] A maior parte dos Caps funciona só durante o dia. Na cidade de São Paulo, dos 65 Centros existentes, só seis tem atendimento 24 horas e leitos para internações curtas. "Imagine um paciente que tem surto a noite. Ele acaba em prontos socorros inadequados ou amarrado em casa", diz Valentim Gentil, professor de psiquiatria da Universidade São Paulo (USP). Para o psiquiatra Emmanuel Fortes, do Conselho Federal da Medicina, não houve "reforma". "O que existe foi uma atitude ideológica de negar a doença mental." Fortes afirma que o fechamento de hospitais psiquiátricos extinguiu uma alternativa de tratamento especializado que os Caps não conseguem suprir. Segundo ele, esses hospitais estão sendo sufocados por falta de recursos. (APPSIQ, 2011)

Uma reportagem divulgada no Jornal Tribuna Paraná Online, vem com o título “Curitiba não tem leitos para tratamento da saúde mental”. Já aí há a indução ao leitor de que na capital do estado, as pessoas que necessitam de assistência à saúde mental estão completamente desassistidas. Assim, a matéria segue fazendo uma crítica às mudanças na lei, em alguns momentos de forma equivocada, descaracterizando e deixando de contextualizar o movimento de reforma psiquiátrica. Vejamos a opinião de Marco Antônio Teixeira, médico clínico do Hospital Nossa Senhora da Luz em Curitiba:

Para o médico Marco Antônio Teixeira, clínico do Hospital Nossa Senhora da Luz (Curitiba), o movimento antimanicomial atinge apenas pessoas com menor condição financeira, pois ‘quem tem convênio ou dinheiro leva para hospital particular’. [...] O Hospital Nossa Senhora da Luz tem 110 anos de história. Foi criado em 1903 pela necessidade de tratamento especializado aos doentes mentais internados na Santa Casa de Misericórdia. Segundo Marco Antônio Teixeira, há cerca de 15 anos eram atendidos 700 pacientes. A redução foi progressiva, e ‘há um mês eram 70 pacientes homens e 70 mulheres; agora são 70 ao todo’, conta o médico. [...] ‘Os Caps foram avanços para pacientes com problemas leves e moderados. Doenças de gravidade maior exigem hospitalização e têm pacientes que necessitam de maior tempo de internamento’, afirma. Ele aponta ainda outra dificuldade dos Caps: ‘os pacientes não têm condições de irem sozinhos aos centros e os

familiares trabalham e não podem leva-los e busca-los todos os dias.' O médico acredita também que os leitos em hospitais gerais não são uma boa solução. 'Pacientes com transtornos mentais são diferentes de pacientes clínicos, que ficam deitados, em repouso. Por isso, os hospitais psiquiátricos são caracterizados por amplos espaços. Faz parte da terapia que eles tenham liberdade de andar e se locomover', considera. '**Já existem pessoas dizendo que está havendo genocídio dos pacientes psiquiátricos, por causa da desassistência**', afirma Teixeira. O que, segundo ele, aumenta até o número de moradores de rua. 'A família se não tem onde colocar e afasta a pessoa com transtornos mentais; e eles acabam vivendo nas ruas', lamenta. (Jornal Tribuna Paraná Online, 2013 grifo da autora).

Este discurso de Teixeira apresentado no jornal é característico aos argumentos defendidos pelos grupos contrários à reforma psiquiátrica. Muitos destes olham para a reforma como uma desassistência generalizada. Embora, ainda temos muito que avançar no Brasil em relação à saúde mental, com investimentos adequados, cobertura total e serviços de maior qualidade, não se pode dizer que o louco foi jogado à própria sorte, como alguns críticos o fazem.

Essas falas são semelhantes aos argumentos defendidos pelo ex-proprietário do Hospital São Marcos. Para o depoente, após a aprovação da reforma psiquiátrica, os doentes mentais graves ficaram sem nenhuma assistência, restando-lhes apenas a morte, o frio, a fome, as drogas, o que é denominado pelo depoente como "Dr. Eutanásia". Observe a imagem a seguir:

Figura 1: A Reforma Psiquiátrica é o Sucesso que o SUS alardeia?



Fonte: Documento elaborado por Augusto Fonseca da Costa e cedido à autora. 07/10/2016.

Esta é a imagem de abertura de um documento elaborado pelo próprio depoente, segundo ele, com dados do Ministério da Saúde. Neste documento, o ex-proprietário faz uma crítica ao fechamento dos leitos psiquiátricos, afirmando que os doentes mentais estão sendo aniquilados pelo governo.

É possível perceber nas falas a crítica ao modelo de tratamento em Rede, utilizando-se do argumento de que os doentes mentais crônicos não têm para onde ir e os CAPS, não dão conta da complexidade do tratamento necessário. No Jornal Tribuna Paraná Online de 2013, o presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP se pronuncia:

O sistema para a assistência de saúde mental implantado pelo Ministério da Saúde recebe críticas do presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria, Antonio Geraldo da Silva. Para ele, a ineficiência no atendimento não depende apenas de gestão de estados e municípios. ‘Ninguém no mundo quer replicar o sistema CAPS porque é caro, não foi testado e nem tem aprovação em nenhum local do mundo. ‘Não há protocolo de atendimento, o que existe para outras doenças’, alerta. Silva ainda ressalta a dificuldade para conseguir vagas para internação em todas as regiões do País. Ele lembra que o atendimento para a saúde mental poderia ter sido acrescentado nas unidades de saúde já existentes, mas com equipes específicas. ‘Quem tem condição de levar um parente às 8h no CAPS e pegar às 17h, todos os dias?’

E ainda é discriminatório porque criou um serviço apenas para dependentes ou pessoas que precisam de um atendimento específico', avalia. O presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria também é contra o fechamento dos hospitais psiquiátricos. Ele também não concorda com 'depósitos de seres humanos', o que acontecia em algumas instituições. No entanto, para ele, os hospitais deveriam ser fortalecidos e readequados, e não fechados. 'O sistema hoje é de desassistência. Fecharam os hospitais e, no lugar de qualificá-los, jogaram os pacientes na rua', afirma Silva. Ele cita que o Brasil tinha 120 mil leitos psiquiátricos e o número hoje é de menos de 30 mil vagas. Não é todo caso que poderá ser atendido nos hospitais gerais. Como tem hospital especializado em doenças do coração, são necessários hospitais psiquiátricos. É claro que precisa de leito em hospitais gerais, mas estes estão sucateados e ainda vão colocar os leitos psiquiátricos, analisa. (JORNAL TRIBUNA PARANÁ ONLINE, 12/06/2013).

Ao observar o trecho da matéria de jornal, fica visível a concepção do presidente da ABP sobre a necessidade dos CAPS e dos leitos psiquiátricos em hospital geral e principalmente a defesa dos hospitais psiquiátricos. De acordo com Geraldo Antônio da Silva, citado na reportagem, o sistema CAPS não foi testado em nenhum lugar do mundo. Essa informação não condiz com a realidade, pois a concepção de reforma psiquiátrica e de desinstitucionalização também ocorreram em alguns países da Europa e nos Estados Unidos da América - EUA a partir dos anos de 1949. De acordo com Lougon:

A partir dos anos 49/50 do século XX, iniciou-se na Europa e nos EUA um processo de modernização da assistência psiquiátrica que buscava evitar novas internações em hospitais psiquiátricos, fornecer tratamento em ambientes menos restritivos e também reduzir o custo da assistência. Este processo estudado sob o título geral de desinstitucionalização da assistência em saúde mental, sendo sua vertente brasileira, bem mais recente, denominada Reforma Psiquiátrica. (LOUGON, 2006, p. 128).

De acordo com Lougon (2006), embora tenha ocorrido em épocas distintas e sob a perspectiva de outras realidades sociais e econômicas, o processo de transformação na assistência à saúde mental foi semelhante entre esses países e o Brasil. Além disso, cabe destacar que o movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil recebeu influências externas, principalmente da corrente estadunidense.

Segundo Lougon, como as mudanças nos EUA e na Europa ocorreram em meados século do XX, já é possível visualizar saldo positivos e negativos, diferentemente do que ocorre aqui no Brasil, em que a aprovação da nova legislação em saúde mental ocorreu a pouco mais de 15 anos. Para o autor, "[...] quando novas soluções são apresentadas para corrigir velhos problemas, novos problemas aparecem." (LOUGON, 2006, p.136).

De acordo com Lougon, os EUA após o fechamento de leitos psiquiátricos encontraram diversos problemas, entre eles abrigos com pouca estrutura e sem acompanhamento médico, tratamento compulsório e internamento involuntário, criminalidade de ex-pacientes, moradores de rua, privatizações. Esses e outros problemas acarretados pela falta de políticas públicas adequadas para atender a demanda de doentes mentais e regular os serviços privados que surgiram pós-desinstitucionalização. Entretanto, o autor faz uma ressalva para os rumos da política brasileira em saúde mental. Para Lougon,

[...] cabe ressalvar que se prosseguir a crescente implantação de Centros de Atenção Psicossocial (Caps), Núcleos de Atenção Psicossocial (Naps) e estruturas similares, em nível nacional, centros de atenção a egressos de internações, alternativos aos hospitais, surge uma opção passível de diferenciar favoravelmente o processo brasileiro em relação ao processo dos EUA. (LOUGON, 2006, p.199).

Portanto, a partir dessas considerações podemos pensar que o Brasil, com a sua política de saúde mental, se continuasse a se desenvolver e receber investimentos estaria se encaminhando para um modelo de atendimento psiquiátrico positivo.

Outra questão apontada na fala do presidente da ABP, que quero chamar atenção refere-se à sua afirmação da assistência psiquiátrica em Rede como um atendimento caro, inclusive para o paciente se deslocar todo dia até o CAPS, como aponta o texto. Logo podemos pressupor que as internações e manutenções de grandes hospitais são mais econômicas e viáveis. Cabe aqui fazer uma reflexão: econômico para quem? Para o Estado ou para o Hospital que lucra com as internações?

As críticas existentes sobre a reforma da assistência psiquiátrica são extremamente pertinentes, pois sabemos que no modelo de assistência em Rede há inúmeros problemas e desafios a serem superados. Entretanto, é importante pensar que a ideia da desassistência na saúde mental acompanha o movimento pela reforma psiquiátrica desde o início. Amarante, em 1996, chamava a atenção para um grupo da sociedade que via a reforma psiquiátrica como abandono aos doentes mentais. Nas palavras do autor:

Uma outra tendência verificável nesse processo de reforma coloca-se em oposição à desinstitucionalização, por entende-la como mera desospitalização ou, na radicalidade, como simples desassistência, isto é, como se as políticas de desinstitucionalização não significassem a substituição do modelo hospitalar por outras modalidades de assistência e cuidado. Entende-se, nesse sentido, que a desinstitucionalização significaria abandonar os doentes à própria sorte, seja pela premissa crítica, correta, de que seu objetivo pode ser o de reduzir ou erradicar a responsabilidade do

Estado para com essas pessoas e familiares, seja por uma compreensão pouco correta do conteúdo teórico que está em jogo. (AMARANTE, 1996, P. 18-9).

Embora o autor esteja falando há mais de 20 anos atrás, é possível perceber que ainda é um discurso atual, assim como outros embates do campo da saúde mental. Segundo Amarante, entre os principais grupos vinculados a esse pensamento estão a “indústria farmacêutica, a corporação psiquiátrica e, mais especificamente, em nosso contexto, os empresários de hospitais psiquiátricos” (1996, p. 19), o que também se identifica nesta pesquisa.

Em um texto publicado no Blog Psiquiatria Simples, o psiquiatra Ricardo Assme aponta a disparidade entre o fechamento dos leitos psiquiátricos e a constituição da rede alternativa de assistência. Segundo Assme,

A rede de atenção em saúde mental teria o compromisso de dar suporte adequado em prevenção primária e secundária e na maioria das urgências em saúde mental. Entretanto, nos últimos 25 anos foram fechados 80% dos leitos psiquiátricos sem que a estrutura substituinte se mostrasse eficaz para o suporte à saúde dos pacientes, tanto em termos quantitativos como qualitativos. Piorando a situação, alguns teóricos sociais mantêm um antigo discurso de demonização do internamento psiquiátrico, considerado por eles como exclusão do indivíduo. Obviamente a maior parte dessas pessoas não tem contato com doenças mentais graves que colocam em risco a vida do indivíduo. Considero nesse caso haver desconhecimento da real necessidade de internamento de alguns doentes, por um viés de observação ou de pouca prática em doença mental grave. (ASSME, 2015)

É possível perceber a crítica presente na fala do psiquiatra. Para tentar legitimar a sua visão, o mesmo desqualifica os defensores da reforma, afirmado que quem defende o fechamento de leitos é porque não conhece ou não tem contato com doentes mentais graves. Este discurso de tratar com descaso e até certa ironia os defensores da reforma psiquiátrica está presente em diversas falas encontradas em textos de jornais e sites eletrônicos. Estes discursos surgem sempre que os hospitais psiquiátricos sofrem algum tipo de crítica. Para se defenderem, se utilizam de falas como as mencionadas acima.

Todavia, com a reforma psiquiátrica os hospitais especializados deixaram de ser o foco central da assistência à saúde mental e assim, perderam a sua principal fonte de lucro e a partir da Lei N° 10.216, passaram a explicitar os problemas sofridos pelas suas empresas com a falta de verba repassada a eles pelo SUS. As críticas realizadas pelos donos de hospitais

psiquiátricos em relação ao financiamento à saúde mental ganham destaque após a promulgação da reforma psiquiátrica.

De forma alguma estou negando os problemas de falta de investimentos no SUS por parte dos governantes, principalmente na saúde mental, pois com os investimentos que eram utilizados anteriormente com as instituições especializadas, deveriam ter ampliado os estabelecimentos de assistência à saúde mental em Rede, como também deveriam ter aumentado o número de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. No entanto, também não podemos olhar para a Rede e enxergar apenas problemas e pontos negativos. É preciso levar em consideração que estamos nos referindo a um modelo recente de assistência psiquiátrica, que vai contra um sistema hospitalocêntrico constituído há séculos. Portanto, há muitos desafios a serem superados para estabelecer uma Rede eficiente e que atenda toda a demanda de pessoas acometidas de transtornos mentais e/ou ao uso de álcool e outras drogas.

CAPÍTULO 2: “O SONHO DOURADO”: HOSPITAL E CASA DE SAÚDE SÃO MARCOS COMO UMA EMPRESA FAMILIAR¹⁸

2.1: DESVENDANDO OS MUROS DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

De início, em 1970 o Hospital atendia apenas 48 leitos. Com o passar dos anos, foi ampliando o espaço e aumentando a capacidade de internamento. Segundo o depoimento do médico psiquiatra Augusto Fonseca da Costa, ex-proprietário do Hospital São Marcos, em abril de 1989 o hospital possuía uma capacidade para 315 leitos, todos em convênio com o sistema público de saúde, se mantendo assim até o seu fechamento, em novembro de 2003 fechou as portas.

Quando se discute sobre a assistência psiquiátrica, um dos elementos que vem à mente do leitor é a estrutura física do hospital psiquiátrico. Após realizar uma árdua pesquisa à procura de imagens que dessem uma visão geral sobre a estrutura da instituição, infelizmente não foi encontrada nenhuma que possibilitasse este deleite ao leitor. Entretanto, mesmo que a estrutura do Hospital São Marcos não exista mais, nos mapas abaixo, elaborados a partir do Google Earth em conjunto com outras imagens internas da instituição apresentadas ao longo deste subitem, é possível visualizar a amplitude de seus espaços.

No mapa abaixo, com uma imagem mais ampla, é possível ter uma visão geral da cidade de Cascavel e onde se localizava o Hospital São Marcos, marcado em vermelho e amarelo no mapa. Esta imagem nos dá a noção do tamanho da propriedade em que estava inserido o HSM. Optou-se por esta aproximação para que fosse possível ter uma noção da amplitude da área pertencente à instituição e sua dimensão em relação ao município. Para facilitar a compreensão das imagens é necessário observar os Mapas 8 e 9 em conjunto.

¹⁸ Trecho do depoimento do ex-proprietário do Hospital São Marcos, concedido à autora em outubro de 2016.

Mapa 8: Cascavel e a Localização do Antigo Hospital São Marcos



Fonte: Google Earth. Imagem modificada pela autora. 25/03/2017.

Já no mapa abaixo é possível visualizar de forma aproximada o espaço que era destinado ao Hospital São Marcos. Hoje, no local onde havia o prédio da instituição, circulado em vermelho, existe apenas um supermercado pertencente a uma grande rede comercial da região. A outra área demarcada no mapa e circulada em amarelo, hoje transformada em um condomínio residencial pertencente aos ex-proprietários do Hospital, continha algumas construções, mas também refere-se à um espaço ao ar livre existente ao qual os internos tinham acesso. Embora, a antiga construção do HSM tenha sido destruída, ao olhar para a imagem abaixo é possível observar que havia construções em alguns espaços. Além disso, em alguns pontos, nas áreas de cor verde claro, observa-se que havia plantações.

Mapa 9: Localização do Hospital São Marcos.



Fonte: Google Earth. Imagem modificada pela autora. 25/03/2017.

Embora neste mapa não seja possível visualizar, a linha amarela é também um muro que circunda toda a propriedade. Sendo assim, pode-se concluir que os internos do Hospital São Marcos podiam desfrutá-lo ao ar livre, porém permaneciam cercados. Não tenho a informação de como era a frequência destas atividades ao ar livre, mas como na maioria dos hospitais psiquiátricos, ficavam delimitados no quadrante do muro ou da cerca.

Nas duas imagens a seguir, estão assinaladas com setas, duas construções remanescentes do Hospital São Marcos. A seta laranja sinaliza, “o almoxarifado de alimentos do hospital” e atual residência da família. Nas palavras da esposa do médico ex-proprietário do HSM: “Aí eu mudei pra cá (se referindo ao antigo almoxarifado sinalizado com a seta laranja) e nós construímos aonde é isso daqui (sinalizado com a seta azul), aquele barracão branco lá passou a ser só lá o almoxarifado de alimento.” (COSTA, Tânia 2016)¹⁹.

Mapa 10: Área que pertencia ao Hospital São Marcos



Fonte: Google Earth. Imagem modificada pela autora. 25/03/2017.

¹⁹ Tânia Costa é esposa do médico ex-proprietário do HSM. Sua formação é em pedagogia, mas segundo seu depoimento, atuou diretamente na administração da instituição psiquiátrica.

Na imagem com a seta azul percebe-se que era uma área mais ampla, em que, aparentemente, havia algum tipo de construção. Segundo o ex-proprietário da instituição, ele e sua família haviam se desapontado tanto com o fechamento do hospital que, num certo dia ele mesmo pegou um trator e derrubou as antigas instalações. Nesse acontecimento, de acordo com o depoente muitos documentos e objetos do hospital foram extraviados.

De acordo com os depoimentos dos ex-proprietários do HSM, em 1980 quando eles foram para a cidade de Cascavel e decidiram ampliar a estrutura do hospital, não havia nada ao redor da instituição. A região era apenas chácara, “nem asfalto tinha, tinha umas casinhas por aí, era uma vila” (COSTA Augusto, 2016). Em depoimento, Tânia da Costa, informa que “se chovia a gente tinha que sair daqui de bota, essas botas sete léguas, pela lama, chegava ao hospital tinha que trocar o sapato, deixar a bota, colocar o sapato pra você poder andar.” (2016).

Ao serem indagados sobre a população que morava próximo ao hospital, afirmaram que a maioria das pessoas que foram morar na região eram funcionários do hospital e, como foi o hospital “que chegou primeiro”, essas pessoas sabiam que havia uma instituição psiquiátrica lá.

[...] E essa vizinhança trabalhava no hospital, então defendia o hospital, trabalhavam funcionários de lavanderia, de limpeza, de cozinha, moram ali, até hoje moram na vizinhança aqui, são nossos amigos, às vezes encontro na rua, no supermercado, e muitos já foram colocados em outros hospitais, muita gente se aposentou [...] Mas a grande maioria dos nossos funcionários moravam todos aqui perto, uma grande família. (COSTA Tânia, 2016).

Historicamente os espaços destinados aos hospitais psiquiátricos foram os de exclusão social, quase sempre às margens da sociedade. Como afirma Foucault, em *História da Loucura*, a localização dos hospitais psiquiátricos é uma questão historicamente construída. Remonta elementos que se referem aos hospitais que começaram a ser constituídos no fim do século XIX. Como exemplo disso, podemos citar a localização do Hospital Filadélfia de Marechal Cândido Rondon, construído em 1954 e transformado em hospital psiquiátrico no ano de 1979. Conforme apresentado por Araujo (2011):

É plausível afirmar que um dos elementos que possibilitaram a transformação dele em hospital psiquiátrico também foi o espaço geográfico em que se insere. Ou seja, um ambiente inserido no espaço central da cidade e, ao mesmo tempo, afastado de casas, de pessoas, um espaço reservado, e de certa forma, até isolado. (ARAUJO, 2011, p. 153).

Entre outros elementos, os hospitais psiquiátricos tinham como um dos objetivos manter distantes os alienados, para que eles não “contaminassem” a sociedade sadia. Além disso, também havia o pensamento de que o contato com a natureza, longe dos centros urbanos, na tranquilidade dos arrabaldes era fundamental para a recuperação dos “alienados” (MALUF-SOUZA, 2004).

De acordo com Maluf-Souza, a cidade de Franco da Rocha foi fundada a partir do Hospital Psiquiátrico do Juquery. Para a autora, os moradores dessa cidade ao final do século XIX e início do século XX foram atraídos pelo hospital, seja como interno que depois da alta virou morador, por familiares que foram acompanhar internos ou por propagandas de bons empregos. Ou seja, nos arredores da instituição psiquiátrica todos os moradores possuíam algum vínculo com a instituição. (2004, p. 56).

Ao observar o Mapa 8, apresentado anteriormente, podemos afirmar que o bairro onde se localizava o Hospital situa-se relativamente próximo ao centro, porém às margens da cidade. De acordo com o depoimento de Tânia Costa, o bairro surgiu a partir do próprio hospital, constituindo-se principalmente de pessoas que possuíam vínculos trabalhistas com a instituição.

A estrutura física do Hospital São Marcos não existe mais e, infelizmente não posso muitas fotos que deem a noção da sua estrutura hospitalar completa, especialmente relativa ao seu cotidiano e ao seu funcionamento diário. A busca realizada por imagens que permitissem visualizar suas instalações por completo, foi intensa, mas sem muito êxito. Durante a entrevista realizada com o médico psiquiatra e sua esposa, me foi concedido um arquivo contendo algumas imagens sobre o HSM. Nesse arquivo é possível visualizar parte das instalações da instituição, bem como compreender, mesmo que minimamente, um pouco da organização estrutural e do funcionamento do hospital. Segundo Burke:

O uso de imagens por historiadores não pode e não deve ser limitado à ‘evidência’ no sentido estrito do termo [...]. Deve-se também deixar espaço para o que Francis Haskell denominou ‘o impacto da imagem na imaginação histórica’. [...] Em resumo, imagens nos permitem ‘imaginar’ o passado de forma mais vívida. (BURKE, 2017, p. 24)

Tomando por base essa premissa, as imagens nos permitem visualizar um hospital psiquiátrico que não existe mais e mesmo assim, consegue despertar uma curiosidade em conhecê-lo. É importante destacar que estas imagens foram produzidas para compor o projeto de implantação de um Hospital-Dia vinculado à rede pública de saúde nas dependências do Hospital São Marcos. Esse projeto foi apresentado para o Conselho Municipal de Saúde ao

final de 2002 e tinha como objetivo ser um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório.²⁰ Portanto, são imagens pensadas e organizadas para um objetivo específico.

Figura 2: Salas de Atendimentos²¹



Fonte: Fonte: Documento elaborado por Augusto da Costa em 2002. Cedido à autora em 07/10/2016.²²

Segundo Kossoy em sua obra *Fotografia e História* (2001), a fotografia é produzida de forma intencional, para atingir certos objetivos. Para o autor, “toda fotografia tem sua origem a partir do desejo de um indivíduo que se viu motivado a congelar em imagem um aspecto dado do real, em determinado lugar e época.” (KOSSOY, 2001, p. 40).

Para Burke (2017, p.131), as fotografias são evidências históricas importantíssimas para o historiador. Entretanto, faz-se necessário tomar alguns cuidados, como por exemplo, analisar as imagens inseridas em seu próprio contexto. Segundo o autor, em alguns casos, esse

²⁰ Sobre este debate no Conselho Municipal de Saúde, discutirei mais detalhadamente no 3º Capítulo.

²¹ Cada uma das imagens possui um título que foi dado pela própria equipe do Hospital São Marcos. Aqui, neste trabalho, elas estão reunidas por categorias e compiladas em grupos de quatro, recebendo uma nova denominação de acordo com seus espaços, como por exemplo, salas de atendimentos, espaços externos, atividades artesanais e recreativas, trabalho com a terra, infraestrutura e manutenção.

²² O depoente não soube informar a data exata da captura das imagens, mas de acordo com Augusto elas foram tiradas no mesmo ano da apresentação do projeto do Hospital-Dia ao Conselho Municipal de Saúde, no ano de 2002.

contexto histórico será embasado em documentos escritos e em outros, terá como embasamento os relatos orais, neste caso em específico utiliza-se os dois.

Desta forma, é possível compreender que por se tratar de uma proposta de serviço novo ao município, a equipe do HSM precisava convencer os conselheiros e, para isso, era necessária uma apresentação das instalações que representassem qualidade de organização, higiene e segurança dos locais fotografados. É importante salientar que não estou insinuando que havia falta de limpeza, organização e higiene nos espaços do Hospital. Porém, quero enfatizar que as imagens, no momento de sua produção, foram pensadas para um propósito e, a partir disso, o cuidado com o ambiente a ser fotografado foi pensado desde o início.

Nestas imagens é possível observar o espaço destinado aos internos do hospital divididos por categorias: feminina, masculina, dependentes químicos e pacientes limitados. Elas indicam que havia dois espaços distintos para homens e mulheres. Entretanto, ao analisá-las, observa-se que se refere ao mesmo espaço. Apenas se alterou o ângulo da imagem.

Figura 3: Pátios Recreativos



Fonte: Documento elaborado por Augusto da Costa em 2002. Cedido à autora em 07/10/2016.

Durante a investigação bibliográfica acerca da História da Saúde Mental, foi possível constatar que as estruturas dos hospitais psiquiátricos dividem-se por alas separadas entre sexo masculino e feminino, especialmente para evitar a ocorrência de violência sexual.²³ De acordo com Araujo, no Hospital Filadélfia de Marechal Cândido Rondon, por exemplo, havia “quatro alas de internamento: uma única ala para as mulheres, uma ala para homens com transtornos mentais, uma ala para dependentes químicos masculinos adultos e outra ala para dependentes químicos masculinos adolescentes.” (2011, p. 16). A divisão não ocorria apenas nos leitos, era inclusive nas atividades realizadas, nas práticas terapêuticas, cada grupo com o seu horário específico.

Ao observar a imagem do “pátio de dependentes químicos”, pode-se perceber a existência de alguns varais, indicando que poderia ser também um espaço usado pela lavanderia. Além disso, trata-se de um espaço pequeno, pouco arborizado e cercado com construções e muros altos. O mesmo ocorre com o “pátio de pacientes limitados”. Entretanto, cabe lembrar que a instituição possuía uma área verde ao ar livre, a qual era utilizada para passeios e caminhadas com os internos, mas a frequência e rotina destas atividades não foi informada.

Nas imagens fornecidas pelos depoentes é possível verificar o espaço destinado aos cuidados com as roupas, cobertores, calçados à esquerda e roupas ao fundo da sala. Na outra imagem, um local só para consertos de roupas. De acordo com os depoimentos, uma das oficinas ofertadas na instituição era a de costura, assim o interno poderia aprender uma profissão, ao mesmo tempo realizar pequenos reparos nas roupas que seriam utilizadas por eles próprios e até confeccionar peças inteiras.

²³Infelizmente os casos de abusos sexuais nos hospitais psiquiátricos brasileiros não são raros. Amarante (1995) afirma que eram frequentes essas ocorrências, inclusive por parte dos profissionais. Atualmente, basta fazer uma pesquisa nos sites de busca que é possível encontrar centenas de reportagens denunciando casos abusos性uais ocorridos em instituições psiquiátricas.

Figura 4: Infraestrutura e Manutenção



Fonte: Documento elaborado por Augusto da Costa em 2002. Cedido à autora em 07/10/2016.

Segundo os ex-proprietários do Hospital São Marcos, a capacidade hospitalar era de 315 internos. Porem a rotatividade dos pacientes girava em torno de 500 atendimentos por mês: 315 internos e 200 altas por mês. Eram cerca de 2.400 altas por ano. É preciso levar em consideração que o período de internamento variava muito de um paciente para outro. Com a Lei nº 10.216/01 passa a ter um controle maior sobre o período de permanência nas instituições psiquiátricas.

Na perspectiva de Augusto da Costa, um significativo diferencial do HSM em relação a outras instituições psiquiátricas tratava-se dos prontuários eletrônicos e, desde 1997, o hospital já havia sido totalmente informatizado.

Nós fomos o único hospital psiquiátrico do país a ser informatizado integralmente, não existia uma folha de papel nem uma caneta dentro do hospital, nós tínhamos um prontuário eletrônico. No país, na época em que nós colocamos o prontuário eletrônico em 1997, éramos o terceiro hospital do país, não só psiquiátrico, mas de qualquer categoria a ter o prontuário eletrônico, só existia no Albert Einstein e no Incor em São Paulo, o Hospital de Clínicas de São Paulo estava desenvolvendo, o Hospital de Clínicas daqui do Paraná também estava desenvolvendo. Nós entregamos nosso prontuário

eletrônico com exclusividade na área de psiquiatria em dezembro de 1997, faz respeitáveis dezenove anos. Isso nos deu condições pra fazer pesquisas científicas na base de dados com muito mais precisão do que você fazer pesquisa em texto, [...] Nós desenvolvemos um software de pesquisa associado ao prontuário que permitia que a gente fizesse consultas no banco de dados e em segundos rodasse uma consulta mesmo com vários parâmetros definidos pelo próprio pesquisador onde a gente poderia ter um perfil da clientela. Nós tentamos apresentar esse prontuário eletrônico na época para o próprio Ministério da Saúde, mas a mentalidade retrógrada existente até hoje nas estruturas governamentais não permitiu sequer que pudessem avaliar as vantagens de um programa como aquele. (COSTA Augusto, 2016)

Para o depoente, esse sistema informatizado permitia que uma busca de dados fosse realizada rapidamente. Além da velocidade de comunicação e informação interna, o sistema informatizado permitia uma busca rápida na base de dados da instituição, possibilitando a análise e comparação dos prontuários dos internos do hospital. A seguir é possível visualizar um exemplo do prontuário eletrônico. Este modelo foi apresentado ao final de 2002 em reunião do Conselho Municipal de Saúde – CMS de Cascavel como forma de propagandear a “modernidade” da instituição e expor a proposta de transformação do Hospital São Marcos em Hospital-Dia.

Figura 5: Exemplo de Prontuário Virtual.

Prescrição		Chamagem			
Data	Médico Usuário	Data	Código dos Usuários	00205	00207
05/04/2001	00002 DR	10/04/2001	00205	00205	00205
Medicamento		M	T	N	17:24
0000000089 HALOPERIDOL 5 MG COMP		0.50	2.00	1.00	0.50
0000000080 CLORPROMAZINA 25 MG INJ		1.00	0.00	1.00	1.00
0000000072 BIPERIDENO 2MG COMP		1.00	2.00	1.00	1.00
0000000081 CLORPROMAZINA 100MG COMP		0.50	1.00	0.50	0.50
0000000084 LEVOMEPEMAZINA 100 MG COMP		0.00	3.00	1.00	0.00

Fonte: Projeto do Hospital Dia apresentado no Conselho Municipal de Saúde, 2002.²⁴

De acordo com Portelli, em seu texto *O que faz a História Oral Diferente*, a narrativa é um “processo ativo de criação de significações” (1997, p.33). Neste sentido, no ato de rememorar do depoente, é possível perceber que suas falas estão permeadas pelo sentimento

²⁴ Foram retiradas quaisquer partes que pudessem revelar a identidade dos sujeitos.

de orgulho. Ao olhar para o passado e, reinterpretá-lo a partir de suas múltiplas experiências, o depoente evoca para si uma posição de idealizador de um projeto moderno, por ter possuído um sistema informatizado em um momento, que segundo ele, quase nenhum hospital tinha. Se o ato de propor o prontuário eletrônico junto ao MS de fato ocorreu, não entra em questão aqui. Entretanto, como afirma Khoury, é importante pensarmos:

[...] as narrativas como atos interpretativos, como processos constantes de atribuição de significados, como expressões da consciência de cada um sobre a realidade vivida, dialogar com as pessoas supõe apreender os sentidos que cada um dos fatos narrados e das pessoas que narram assume nas problemáticas que estudamos. (KHOURY, 2004, p. 123).

Para os entrevistados, o Hospital São Marcos sempre esteve preocupado com a qualidade da assistência ofertada aos seus internos, incluindo desde medicamentos, roupas e alimentação. Segundo Tânia da Costa, a “dispensa vivia cheia, almoxarifado cheio, os pacientes podiam comer até dois pratos enormes por dia, tinha que pedir para eles pararem de comer em excesso” (COSTA Tânia, 2016).

Figura 6: Espaços Destinados à Alimentação



Fonte: Documento elaborado por Augusto da Costa em 2002. Cedido à autora em 07/10/2016.

A prática da medicalização na assistência psiquiátrica foi e ainda é fomentada pela indústria farmacêutica. Para Amarante (1995), a indústria farmacêutica foi um importante ator no processo de reforma psiquiátrica, pois com a industrialização e modernização dos medicamentos, os psicofármacos ganham cada vez mais destaque na saúde mental. No bojo da reforma psiquiátrica esse setor industrial contribuiu para a melhoria na condição de vida dos doentes mentais, tanto para os internos como para evitar que novas internações ocorressem, na medida em que funcionavam como um “estabilizador” da doença mental. Na perspectiva de Jucá (2010):

O uso da medicação teve um papel de extrema relevância, pois, com seu advento, foi possível passar de uma contenção física para outra ordem química. Se por um lado, essa mutação trouxe novos problemas e sofrimentos para os que passaram a sofrer os impactos dos efeitos colaterais [tais como obesidade], por outro lado, foi intensificada a possibilidade de se pensar na reinserção do sujeito que se encontrava num estado de exclusão intensa. (JUCÁ, 2010, p. 317).

Embora tenha um movimento de contestação contra a medicalização, esta prática permanece até os dias de hoje como o grande norteador da saúde/doença mental no Brasil. Além disso, pode-se considerar que “a ABP é, por assim dizer, o braço social da IF, que dá legitimidade aos produtos farmacêuticos e divulga a ideologia do medicamento como o recurso fundamental, senão único, no tratamento das enfermidades mentais”. (1995, p.118)

De acordo com Tânia Costa havia um rigoroso controle de qualidade na alimentação dos internos, inclusive os próprios donos comiam a mesma comida que os pacientes. Segundo seu depoimento, este era um dos fatores que permitia a instituição estar sempre aberta a comunidade, aos jornais e para quem quisesse visitar o hospital.

Nós tínhamos uma equipe de nutrição excelente desde nutricionista, chefe de cozinha, auxiliares de cozinha, dietas balanceadas. Nós comíamos a comida que vinha do hospital, nós tínhamos dois filhos na época que viviam praticamente dentro do hospital sem limite e a comida nossa vinha do hospital, então nós já tínhamos aqui um controle de qualidade, era uma dieta balanceada, uma nutricionista fora de série, então em relação a isso a gente tem muito orgulho de dizer que sempre deixamos o hospital aberto a reportagens, a entrevistas, a pesquisa, sempre foi um hospital aberto, nós nunca dissemos: ‘Não hoje não dá pra entrar’. (COSTA Tânia, 2016).

Nas imagens denominadas “Espaços destinados à Alimentação”, visualiza-se um lugar limpo, bem organizado e aparentemente uma boa estrutura. No refeitório, por exemplo, a imagem não permite que se tenha uma noção da totalidade deste espaço, impossibilitando

uma visão ampla dos locais. Ademais, é possível perceber que o lugar foi preparado, limpo e organizado para ser registrado.

Além destes espaços visualizados nas imagens, a instituição psiquiátrica também possuía “reserva de mata nativa para caminhadas, horta com mais de vinte mil metros quadrados, pequeno viveiro com galinhas e coelhos” (HSM, 2002).²⁵ De acordo com os depoentes, os internos do hospital realizavam diversas atividades ao ar livre. Além do trabalho no campo que, na visão do médico psiquiatra funcionava como uma terapia, os internos também podiam caminhar e fazer passeios pelo bosque.

Embasada na perspectiva de Kossoy, em sua obra *Realidades e Ficções na Trama Fotográfica* (1999), é possível perceber que as imagens fotográficas são forjadas por elementos de realidades e ficção. Neste conjunto se faz necessário analisar os mecanismos mentais presentes na produção da imagem, os quais são responsáveis pelas representações e signos. Também neste contexto o autor destaca que é de fundamental importância analisar a construção da interpretação da imagem quando esta atinge o receptor. Estar atento a estes dois elementos constitui-se como uma árdua tarefa que o historiador precisa realizar.

Segundo Kossoy, as imagens fotográficas formam um poderoso instrumento na construção de valores e sentidos para a opinião pública. Com os avanços tecnológicos, essa alternativa tornou-se mais eficaz, pois foi capaz de atingir um maior número de pessoas.

As diferentes ideologias, onde quer que atuem, sempre tiveram na imagem fotográfica um poderoso instrumento para a veiculação das ideias e da consequente formação e manipulação da opinião pública, particularmente, a partir do momento em que os avanços tecnológicos da indústria gráfica possibilitaram a multiplicação massiva de imagens através dos meios de informação e divulgação. E tal manipulação tem sido possível justamente em função da mencionada credibilidade que as imagens têm junto à massa, para quem, seus conteúdos são aceitos e assimilados como a expressão da verdade. (KOSSOY, 1999, p. 20)

Quando penso no conjunto de imagens que foram produzidas para apresentar o Projeto de Hospital-Dia para o Conselho Municipal de Saúde de Cascavel, é preciso refletir sobre os interesses e motivações que os levaram a fotografar. Olhar para estas imagens produzidas a partir dos cuidados metodológicos e teóricos apontados por Kossoy permite pensar o processo da construção que se quis e, se quer passar do hospital psiquiátrico ao longo do tempo. Segundo Kossoy, “Decifrar a realidade interior das representações fotográficas, seus

²⁵ Projeto do Hospital-Dia, 2002.

significados ocultos, suas tramas, realidades e ficções, as finalidades para as quais foram produzidas é tarefa fundamental a ser empreendida.” (1999, p.23).

Figura 7: Atividades Recreativas



Fonte: Documento elaborado por Augusto da Costa em 2002. Cedido à autora em 07/10/2016

Neste sentido, é possível observar que a estrutura hospitalar do HSM era grandiosa. A princípio se olharmos só pelas imagens, sem saber qual o contexto que estão inseridas, principalmente por não visualizar os leitos hospitalares, se não atentássemos para a sua intenção de produção, não saberíamos ao certo do que se trata. Em alguns momentos, como na figura anterior, pode-se até cair no engano de afirmar que se trata de um clube social pelos jogos, ou até mesmo, de um presídio ou escola, devido ao vestuário de uniformes. Sendo assim, para refletir sobre as fotografias a fim de perceber o que está além da imagem cristalizada, devemos encará-las como uma representação a partir do real e que forma assim, o documento real que deve ser analisado, inserido em seu contexto de produção.

2.2: DESVENDANDO AS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS

Como já foi dito, esta pesquisa tem como principal fonte histórica para falar sobre a instituição o depoimento dos ex-proprietários. A primeira impressão que pode ficar ao leitor, talvez é a de que se trata de uma legitimação da fala dos entrevistados. Contudo, não se trata de deslegitimar suas falas, no sentido de “comprovar” que as práticas assistenciais relatadas que ocorriam no hospital eram falsas, até mesmo porque não foram encontrados tais indícios. Todavia, objetiva-se lançar um olhar crítico sobre os discursos, como afirma Beatriz Sarlo (1997), um olhar político, consciente de sua historicidade e de seu papel na História.

Diante desta perspectiva, o primeiro elemento que quero chamar a atenção, refere-se à temporalidade e o ato de narrar. Neste sentido, é preciso estar atento para o fato de que os depoimentos nos fazem lançar as luzes do presente para um passado vivido e narrado. E, para além de investigar o passado, estamos também indagando o presente, refletindo sobre esta temporalidade que é a base do discurso. De acordo com Sarlo,

Os relatos testemunhais são ‘discursos’ nesse sentido [modo persuasivo], porque têm como condição um narrador implicando nos fatos, que não persegue uma verdade externa no momento em que ela é enunciada. É inevitável a marca do presente no ato de narrar o passado, justamente porque, no discurso, o presente tem uma hegemonia reconhecida como inevitável e os tempos verbais do passado não ficam livres de uma ‘experiência fenomenológica’ do tempo presente da enunciação. ‘O presente dirige o passado assim como um maestro, seus músicos’, escreveu Itálo Svevo. (SARLO, 2007, p. 49)

Cabe destacar que quando o objeto de estudo é assistência psiquiátrica, é preciso ter em mente que além da questão temporal, temos uma lei que institui a reforma psiquiátrica, se caracterizando como um marco divisório nas práticas assistenciais do país. Inseridos nesse processo de rememoração temos o empresário, com seu hospital fechado, principalmente por essa alteração na lei. Segundo Sarlo,

O discurso da memória, transformado em testemunho, tem a ambição da autodefesa; quer persuadir o interlocutor presente e assegurar-se uma posição no futuro; justamente por isso também é atribuído a ele um efeito reparador da subjetividade. (2007, p. 51)

Neste sentido, é preciso olhar com cautela para os relatos. Observá-los com a ideia de desvendar as práticas assistenciais que eram realizadas na instituição, mas tomando o devido cuidado de analisá-las sem cometer anacronismos, ao mesmo tempo em que se deve atentar

para a relação que se estabelece entre passado, presente e, de certa forma, uma autodefesa para assegurar que o Hospital São Marcos conquiste seu lugar na História como uma instituição psiquiátrica modelo para a região oeste do Paraná.

Desde o início de seu funcionamento, o HSM manteve convênio com o sistema público de saúde. Segundo o entrevistado, o maior grupo de internos do hospital era as pessoas de baixa renda e pessoas que não possuíam renda nenhuma. Durante a entrevista, em vários momentos, foi mencionado que esses grupos da sociedade, que eram majoritariamente o público de internos da sua instituição, seriam os grandes prejudicados com o fechamento dos hospitais psiquiátricos. Para ele, os doentes mentais crônicos e doentes mentais que vivem em situação de rua ficaram completamente desassistidos e abandonados pelo setor público.

Durante o relato, o ex-proprietário informou que havia um espaço onde se realizavam os trabalhos com a terra, como por exemplo, plantação de milho, horta, viveiro de mudas, parreiras de uvas e bosque para que os internos pudessem caminhar. Segundo os depoentes, o trabalho na “roça” era algo bom para os dois lados, pois era utilizado como terapia, tanto para os internos como para os trabalhadores.

[...] a gente criou uma horta, profissionalizante também, porque eles moravam na roça e não eram capaz de plantar um pé de amora que é só você enfiar um galho no chão que ela nasce sozinha, a gente ensinava criar galinha, coelho, tinha um minhocário, até hoje tem, está guardado; a gente tinha a horta comunitária, ensinava eles a plantarem em hortas, ensinava criar galinha, criar coelho, e aí eles voltavam pra roça com condição pelo menos de comer, ficava o dia inteiro na horta, no ar livre, mexendo com a terra e isso fazia bem pra eles, e bem pra nós, a gente se realizou muito com isso, foi muito frustrante pra gente ter que sair disso [...] (COSTA, Augusto, 2016)

Podemos estabelecer uma relação entre esse tipo de pensamento com os modelos de colônias agrícolas que se desenvolveram no Brasil a partir do final do século XIX. Em alguns casos, as colônias agrícolas funcionavam como uma forma de desafogar os hospitais psiquiátricos superlotados, como por exemplo, o Hospital Psiquiátrico São Pedro e a Colônia de Itapuã.²⁶ Além disso, para Amarante, “as colônias traziam a perspectiva da modernidade, envolvendo o tratamento moral, o isolamento e o trabalho” (AMARANTE, 1982, p. 43 *apud* Borges, 2006, P. 45). Nesse sentido, as colônias agrícolas do final do século XIX e início do

²⁶ Sobre a primeira colônia agrícola do Rio Grande do Sul e o Hospital Psiquiátrico São Pedro, conferir: WADI, 2002.

XX passaram a olhar o trabalho como uma terapia para reabilitação dos internos, além de ser um eficaz instrumento disciplinar e de controle social.²⁷

Nas décadas de 1960 e 1970, as colônias agrícolas se colocavam como uma alternativa ao modelo de tratamento psiquiátrico dos hospícios que estavam sendo criticados nesse período, por se configurar como uma terapêutica que ocorria em espaço aberto. (BORGES, 2006). Essa perspectiva de tratamento se embasava nos movimentos de antipsiquiatria e nas prerrogativas de comunidades terapêuticas.²⁸

Segundo Borges (2006), ao analisar a constituição do Centro Agrícola de Reabilitação em Viamão/RS, os hospitais colônias eram idealizados como solução a alguns problemas psiquiátricos, sociais e econômicos. Além disso, via-se o trabalho como uma forma de recuperação e reabilitação social do paciente. Para Castellarin (1980), citado por Borges, a criação da colônia agrícola tinha por objetivos:

Resolver problemas psiquiátricos, sociais e econômicos, tais como:
a)encurtar o tempo de permanência do paciente no hospital; b) evitar novas internações; c) devolvê-lo à comunidade como um elemento produtivo; d) diminuir a população dos ‘macro-hospitais’; e) modificar os padrões através dos quais a família e a sociedade estigmatizavam o doente mental. (CASTELLARIN, 1980, apud. BORGES, 2006, p.71)

Podemos atribuir algumas semelhanças ao trabalho realizado na terra pelos internos do Hospital São Marcos à mesma perspectiva empregada no Centro de Reabilitação Agrícola, cujo aspecto norteador do discurso psiquiátrico era manter os corpos e mentes ocupados como uma forma de garantir a eficácia do tratamento adotado e a reabilitação do paciente ao mundo do trabalho. Além disso, a exemplo do que ocorria nas colônias agrícolas, o fruto do trabalho realizado pelos internos passava também a ser incorporado no cotidiano dos hospitais, como por exemplo, o fornecimento de alimentos produzidos pelos próprios internos. Desta forma, para além de ser visto como uma terapia, a instituição conseguia reduzir os gastos com alimentação, mão-de-obra e manutenção dos espaços.

²⁷ Sobre criação de outras colônias agrícolas: CUNHA, 1986; SERRES, 2004; QUEVEDO, 2005;

²⁸ “O termo Comunidade Terapêutica foi utilizado [...] a partir de 1959, para definir as experiências desenvolvidas em um hospital psiquiátrico [...] baseadas na adoção de medidas coletivas, democráticas e participativas dos pacientes tendo como objetivo resgatar o processo terapêutica a partir da transformação da dinâmica institucional” (SOARES, 1997, apud. BORGES, 2006, p. 50)

Figura 8: Trabalhos diversos com a terra e ao ar livre



Fonte: Documento elaborado por Augusto da Costa em 2002 e cedido à autora em 07/10/2016.

Os pressupostos teóricos e psiquiátricos da organização das colônias agrícolas se baseavam na prática terapêutica de manter o interno em constantes atividades laborativas sob um rígido controle normatizador. (BORGES, 2006, p.81). Todavia, cabe destacar, que segundo os depoentes, no Hospital São Marcos as horas dedicadas ao trabalho com a terra eram ínfimas e as práticas terapêuticas não se baseavam nos preceitos do trabalho enquanto o centro do tratamento. Porém, é possível perceber nas concepções dos depoentes a importância que é atribuída ao trabalho como um elemento de recuperação da “normalidade” e reinserção do doente mental na sociedade.

Neste sentido, utilizo as reflexões propostas por Foucault e tomando como base o “conceito de rupturas em detrimento das continuidades, lembrando que embora possa haver rupturas, ela não se dá radicalmente e nesse ponto é importante não deixar de lado as heranças deixadas de outros tempos.” (FOUCAULT, 1978, p. 214 apud. ENGEL, 2001, p. 118.). Assim, nessa perspectiva é possível perceber que o trabalho com a terra fez parte da rotina de tratamento da instituição psiquiátrica, sendo reelaborado de acordo com o seu tempo e suas

necessidades, articulando entre rupturas e continuidades, tendo como eixo norteador a herança de um passado vivido, compreendido e reelaborado pela psiquiatria e seus atores sociais.

Durante a entrevista, indaguei sobre possíveis alterações na estrutura e no atendimento do HSM após as primeiras propostas de mudança na assistência psiquiátrica. E a resposta que obtive foi de que “estavam sempre na dianteira”. (COSTA Tânia, 2016). Nas palavras do gestor da instituição, “nós não precisamos fazer reforma nenhuma porque o hospital era um hospital humanizado, onde não acontecia nada daquilo que eles queriam inibir com a lei” (COSTA Augusto, 2016), como por exemplo, a violência e os maus-tratos que ocorriam dentro dos manicômios.

Este discurso é muito semelhante ao dos proprietários de outro hospital psiquiátrico do Paraná, o Hospital Filadélfia, localizado na cidade de Marechal Cândido Rondon. Nos dois casos foi possível encontrar tal discurso, onde o proprietário da instituição invoca para si e para o hospital, um pioneirismo na assistência psiquiátrica, alegando que quando a reforma ocorreu o hospital já estava organizado de acordo com a Legislação em Saúde Mental. Todavia, cabe destacar que no Estado do Paraná, já existia uma legislação que regulamentava a saúde mental desde 1995, cujos princípios básicos eram os mesmos a serem aprovados com a Lei.10.216/01.²⁹

Em relação ao Hospital Filadélfia, o médico entrevistado afirmava que a família já tinha uma visão diferente sobre o tratamento psiquiátrico. Segundo ele, as práticas desenvolvidas no hospital refletiam a “maneira de ser da Família Seyboth”. Ou seja:

[...] Eles colocavam como as relações humanas, o tratamento humanitário, o sentido de igualdade das pessoas, a procura de fazer alguma coisa que fosse melhorar a vida dessas pessoas necessitadas. É uma outra visão. Se deixou para trás tudo aquilo que funcionava como depósito de pacientes, como sujeira, com paciente abandonado, com coisas horríveis que eu cheguei a ver no Hospital Juquery, em São Paulo, e que não quero nem me referir a isso. Então, aqui, já começou de uma forma diferente, felizmente. (BECKER Ivo, 2009 apud. ARAUJO, 2011, p.138).

É interessante observar como Ivo Becker enfatiza a imagem da instituição como já tendo nascido diferente para o período. Em relação ao HSM, as narrativas promovem uma exaltação, tanto do Hospital, como da família proprietária e de seus trabalhadores. Segundo o relato, “tinha gente que trabalhava aqui na equipe que nem precisava de emprego e vinha para

²⁹ Lei Estadual nº 11.189/PR, de 9 de novembro de 1995 - Dispõe sobre as condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cuidados com transtornos mentais.

cá porque adorava o que fazia, nós mesmos, trabalhávamos por amor". (COSTA, Tânia, 2016).

Compartilhando com as reflexões de Khoury, "ao narrar, as pessoas estão sempre fazendo referências ao passado e projetando imagens, numa relação imbricada com a consciência de si mesmos, ou daquilo que elas próprias aspiram ser na realidade social." (2004, p.131). Assim, podemos atribuir tal ênfase à própria dinâmica contemporânea de assistência psiquiátrica, quando, diante da redução de leitos psiquiátricos, é significativo para a imagem dos hospitais psiquiátricos privados se colocarem como diferentes, inovadores, pioneiros, como locais de referência em atendimento psiquiátrico para a região, inclusive também como uma forma de reivindicar investimentos para o setor.

A história dos hospitais psiquiátricos e suas práticas assistenciais está intimamente ligada à religiosidade. Inclusive, em alguns casos, temos entidades religiosas como administradoras dos hospitais, em outros, elas aparecem de forma secundária, apenas permitindo a entrada de líderes religiosos no estabelecimento. Ou ainda, como demonstrou Foucault, na era clássica, a religião se apropria da loucura e passa a controlá-la, sob o aval do Estado, contribuindo para a construção de uma "sociedade perfeita."

Segundo Foucault, a loucura no início da antiguidade clássica europeia estava relacionada à algo divino. Não era considerada algo negativo, muito menos uma doença, era considerada até mesmo um privilégio. Com essa "desrazão" seria possível alcançar as verdades divinas. Com o passar do tempo, os discursos sobre a loucura foram afastando-a de seu papel de portadores da verdade e a experiência mítica transformando-se em consciência crítica, ou seja, a loucura já não era porta-voz da verdade divina e, em pouco tempo passaria a ocupar o lugar de representante simbólico do mal. (FOUCAULT, 1972).

Para a Igreja Católica, bem como para os países protestantes, a internação representa, sob forma de um modelo autoritário, o mito da felicidade social: uma polícia cuja ordem seria inteiramente transparente aos princípios da religião, e uma religião cujas exigências seriam satisfeitas, sem restrições, nas regras da polícia e nas coações com o que se pode armar. [...] A casa de internamento na era clássica configura o símbolo mais denso dessa 'polícia' que se concebia a si própria como o equivalente civil da religião para a edificação de uma cidade perfeita. (FOUCAULT, 1972, p. 77).

No discurso da Igreja o leproso e o louco seriam manifestações da verdade divina, já que foi Deus quem os criou e deu-lhes vida, também tinha total poder sobre eles. Apesar de a Igreja os manter afastados da sociedade, eles estavam perto de Deus e tinham um lugar reservado no céu, pois já estavam pagando seus pecados na terra. Além disso, o que havia por

trás do sagrado e do profano, era uma maneira de controlar a população, por parte do Estado, com o aval da Igreja fazendo com que todos os portadores desse mal aceitassem as medidas de exclusão e abandono.

De acordo com Foucault, (1972), a partir do século XVIII, especialmente nas principais cidades europeias, posteriormente se espalhando para diferentes países, as pessoas eram internadas com desígnio purificador mediante chicotadas, medicamentos e penitências porque eram assimiladas com o pecado. Isto é, o espaço de internamento seria um ponto comum entre os pecados contra a carne e as faltas contra a razão. Esse seria o local onde se reuniam pessoas acometidas de doenças mentais, do corpo e da alma, e no mesmo ambiente, Estado e Igreja impondo a sua ordem.

Desta forma, é possível observar que a religião, ao longo da História acabou desenvolvendo um papel importante na organização social e no cuidado com o louco. De acordo com Ribeiro:

É possível verificar que, em inúmeras cidades, mesmo não existindo um asilo para a loucura, comunidades assistencialistas preencheram a ausência de psiquiatras e de hospício. Foi assim com as construções de vários hospitais chamados de Santa Casa de Misericórdia, administradas pelos católicos e de hospícios dirigidos por espíritas. (RIBEIRO, 2006, p.34)

Para Ouyama (2006), no Estado do Paraná, as primeiras formas de assistência à loucura ocorreram nos espaços da Santa Casa de Misericórdia, sob os cuidados dos “filantropos da Irmandade” no século XIX. Ao final deste século, os loucos vão mudar de cenário, transferindo-se do saber religioso da Santa Casa de Misericórdia para o poder e o saber médico do Hospício Nossa Senhora da Luz.

Pombo (2007), em seu trabalho sobre a saúde mental em Uberlândia, afirma que o tratamento realizado no Sanatório Espírita de Uberlândia possuía uma forte ligação com as práticas espíritas. De acordo com a autora, “aplicava-se práticas espíritas no tratamento ao transtorno mental como a ingestão de água fluidificada, passes, leituras de Evangelho” (2007, p. 137). Na perspectiva da autora, alguns diretores espíritas acabavam influenciando na prática do psiquiatra para privilegiar a religião.

No caso da Clínica Jesus de Nazaré, que é um serviço substitutivo, também eram realizadas práticas da doutrina espírita no tratamento ao doente mental. Entretanto, para a autora, a doutrina espírita “concebe o tratamento espiritual como complemento ao atendimento médico [...], não interferem na definição de diagnósticos e em terapêuticas ministradas na clínica” (POMBO, 2007, p.138).

Entretanto, todo objeto de pesquisa possui suas especificidades. E, no caso do Hospital São Marcos, ao que tudo indica nos depoimentos, essa realidade não era vivenciado na instituição. O ex-proprietário do hospital psiquiátrico ao ser indagado sobre a questão da religiosidade na instituição, deixa claro em sua fala, que a religião não possuía centralidade nas ações desenvolvidas com os internos.

Franciele: Havia algum trabalho relacionado à religião, como por exemplo, parcerias com igrejas ou entidades religiosas?

Augusto: Tinha a liberdade religiosa. Nós permitíamos que os pastores ou os padres viessem aqui pra fazer culto, pra fazer alguma reunião, etc. [...]. Mas tinha uma penetração digamos, uma possibilidade, um acesso dos religiosos. Mas o doente mental fez pouco proveito disso. Na verdade ele está tão perdido que ele nem está sabendo absorver como a gente uma mensagem espiritual, ele está preocupado em comer, em fugir de um inimigo imaginário, eles são mais preocupados com o capeta, com o diabo, outros são Jesus Cristo já, como é que você pode pegar um Jesus Cristo e dizer pra ele escutar se ele está acima do pastor, ele já é Jesus, aqui dentro tinha uma meia dúzia de Jesus. (COSTA, Augusto, 2016).

A partir do depoimento, é possível observar que a questão religiosa estava presente na instituição. Entretanto, não exercia influência nas práticas terapêuticas. Assim como na Clínica Jesus de Nazaré, discutida por Pombo (2007), a religião no Hospital São Marcos, inserida em uma nova roupagem da assistência psiquiátrica, representava apenas um complemento no tratamento para aqueles que não tinham a cronicidade como sua condição de internamento.

Segundo as narrativas, a instituição estava constituída de acordo com os princípios humanitários, pois essa visão já fazia parte dos princípios éticos do Hospital São Marcos, “a equipe possuía um ideal e o atendimento era feito com amor” (COSTA, Augusto, 2016). Segundo o entrevistado, a instituição, possuía uma equipe multidisciplinar, “era uma equipe bem comprometida, uma equipe unida, sabe? eles tinham orgulho de trabalhar no hospital” (COSTA, Augusto, 2016).

O HSM possuía uma capacidade para 315 internos e uma equipe de 230 funcionários que davam o suporte necessário à instituição e aos pacientes. Para médico psiquiatra, haviam “profissionais de praticamente todas as áreas da saúde e paramédicos, tinha assistente social, psicólogo, enfermeira, terapeuta ocupacional, músico terapeuta, recreadores³⁰ e até estrutura para o programa de profissionalização” (COSTA, Augusto, 2016).

³⁰ Recreadores eram os profissionais de educação física que desenvolviam atividades lúdicas e jogos com os internos.

Ao relatar sobre as práticas realizadas dentro da instituição, Tânia da Costa afirma que o trabalho desenvolvido era “muito sério” e havia um grande comprometimento da equipe. Segundo a depoente, esta seriedade no trabalho resultava em um reconhecimento por parte dos pacientes, que sempre foram muito gratos à instituição. Nas palavras da depoente:

[...] Até hoje nós encontramos esses pacientes, há uns quinze dias nós encontramos um no avião vindo de Curitiba, e que ele falou que se internou aqui e nunca mais bebeu, até disse pro Dr. Augusto: ‘Eu devo minha vida ao senhor!’ E, encontramos esse tipo de depoimento Brasil a fora. Nós viajávamos muito de motor home, e às vezes nós parávamos em uma estrada, numa borracharia e eles perguntavam: ‘O senhor não é o Dr. Augusto?’ ‘O senhor curou meu pai’ ‘Doutor eu me curei com o senhor.’ (COSTA, Tânia, 2016).

É possível observar que a depoente nos apresenta esse fato recente em suas vidas, como uma forma de reforçar e dar legitimidade à sua fala sobre a qualidade do atendimento prestado. De acordo com Khoury:

Na história oral, as versões pessoais sobre as experiências vividas e compartilhadas são representativas de horizontes que se colocam para muitos outros. Nesse sentido, oferecem um campo de possibilidades, reais ou imaginadas, que se elaboram na consciência de cada um. Lidar com significados que se elaboram na consciência das pessoas no embate de forças da dinâmica social é também um exercício de análise e compreensão dos enredos como fatos e dos processos de visão como elementos significativos na explicação histórica. (KHOURY, 2004, p. 136)

Neste sentido, percebe-se que a fala da depoente está carregada de múltiplos significados. Assim, ela utiliza a visão do outro sobre si e sobre a instituição como uma maneira de mostrar que o Hospital era um diferencial na assistência psiquiátrica, não só para o Paraná, como para o Brasil. Na perspectiva de Khoury (2004), o processo de rememorar implica também um processo de reflexão sobre si, sobre a dinâmica social em que o depoente está inserido.

De acordo com os depoimentos, dentro da instituição havia uma população de pacientes asilares, ou seja, aqueles pacientes que já tinham perdido o vínculo com a família e não tinha condições mentais de retornar sozinhos à sociedade. Para os depoentes, a instituição realizava um trabalho de busca pela família, em alguns casos, até obrigava os familiares a irem até o hospital para retirar o paciente.

Franciele: Vocês tinham residentes no hospital que já tinham perdido o vínculo familiar?

Augusto: Nós tínhamos uma população inferior a 10% de pacientes moradores, que eram aqueles abandonados pela família, a família ou não existia ou você não conseguia dar alta porque não tinha pra onde mandar, ou a família mentia até o endereço para não ser localizada mesmo, para não pegar o paciente de volta. Nós tínhamos um sistema de busca ativa sabe, a gente conseguia que as assistentes sociais ligassem pra delegacia da cidade de origem, para o delegado achar lá. A polícia achar quem era a família e obrigar a família a vir buscar o paciente. Vinham a contra gosto muitas vezes, o que é compreensível porque é muito difícil viver com um doente mental dentro de casa. (COSTA, Augusto, 2016).

Nas prerrogativas da Lei Estadual Nº 11.189/95, os pacientes considerados asilares 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.” (PARANÁ, 1995). Segundo Manfê e Giongo (2008, p. 13-4), quando a instituição fechou suas portas havia uma população de 26 residentes, os quais foram transferidos para o albergue noturno de Cascavel em caráter provisório. E o município, para se readequarem e atender essa nova demanda, iniciou um processo de abertura para quatro residências terapêuticas para abrigá-los.

Ao analisar os trechos das falas sobre a organização e funcionamento do Hospital São Marcos, é possível estabelecer um paralelo com a assistência em Rede preconizado na Lei nº 10.216. De acordo com os depoimentos dos ex-proprietários, a assistência psiquiátrica não era realizada apenas com o paciente, fazia-se todo um trabalho com a família desses pacientes, juntamente com uma equipe multiprofissional.

Nós tínhamos dentro do hospital um serviço excelente de serviço social, departamento de serviço social, em que faziam reuniões nos finais de semana com as famílias inclusive preparando a alta desse paciente, a inserção dele na família. Então, trabalhávamos com a esposa, com os filhos, com o pai, com a mãe, era um trabalho muito interessante. No final de semana qualquer dúvida que eles tinham, nós tínhamos esse serviço social aberto para que o paciente não saísse de alta e voltasse, então lá tinha toda essa preocupação. Final de semana a equipe toda estava ali, atendendo a todas as famílias quando vinham nas visitas no final de semana. Então era um trabalho muito sério. (COSTA Tânia, 2016).

Esta preparação para a alta do paciente e sua reinserção na sociedade é uma preocupação muito presente no atendimento psiquiátrico em Rede, pois, não basta que o usuário dos serviços de saúde mental esteja bem, é necessário acima de tudo, que ele tenha

condições de se relacionar em sociedade. Para que isto ocorra, se faz necessário um trabalho de auxílio e informação à família do paciente também.

Conforme os relatos, este trabalho também era desenvolvido dentro da instituição hospitalar. Porém, é preciso levar em consideração que este pensamento é fruto das ideias de reforma e de crítica ao modelo hospitalocêntrico e, nas falas dos depoentes não fica claro quando este tipo de tratamento começou a ser oferecido na instituição. Compartilhando das reflexões de Sarlo:

O testemunho pode se permitir o anacronismo, já que é composto daquilo que um sujeito se permite ou pode lembrar, daquilo que ele esquece, cala intencionalmente, modifica, inventa, transfere de um tom ou gênero a outro, daquilo que seus instrumentos culturais lhe permitem captar do passado, que suas ideias atuais lhe indicam que se deve ser enfatizado em função de uma ação política ou moral no presente, daquilo que ele utiliza como dispositivo retórico para argumentar, atacar ou defender-se, daquilo que conhece por experiência e pelos meios de comunicação, e que se confunde depois de um tempo, com sua experiência. (SARLO, 2007, p. 59).

Não é possível afirmar se desde o início do funcionamento do hospital psiquiátrico este trabalho já era realizado ou passou a ser realizado conforme as alterações nos modelos assistenciais passaram a ocorrer. Como afirma Sarlo (2007), é preciso mais uma vez, atentarmos para o fato de que presente e passado se imbricam nas narrativas. Ao mesmo tempo em que o depoente rememora uma experiência vivida, ele a ressignifica a partir de suas construções sociais do presente.

De acordo com o ex-proprietário, “nunca foi dado alta para o paciente pior do que ele entrou” e a equipe do HSM, liderada pelo depoente, buscava a resolutividade efetiva dos problemas dos doentes mentais. Embora em diversos momentos, os depoentes afirmam, a instituição atendia a um número significativo de doentes mentais crônicos. Para ele:

O paciente chegava amarrado, algemado, com sarna, bicho de pé, áscaris, solitária, piolho, nós dávamos um banho de loja, um banho de imersão, tratávamos tudo isso no paciente, além da parte mental e devolvíamos ele pra família em condições muito melhor estado do que ele entrou. (COSTA Augusto, 2016).

Nesta fala é possível perceber que, em muitos casos, os pacientes entravam nas internações em condições subumanas e a equipe do hospital fazia um trabalho de recuperação dos sujeitos. De acordo com os depoentes, a maior parte dos internos do HSM era de pessoas que viviam em situação de rua, de mendigos, de andarilhos que eram levados pela polícia rodoviária federal. Enfim, de pessoas que viviam em condições extremamente precárias e no

hospital acabavam recebendo um “banho de loja”. Além disso, há que se ponderar que a clientela aqui referida, tratava-se de moradores de ruas com transtornos mentais, sem a mínima condição de saúde, higiene e segurança e uma cama limpa e uma muda de roupa já poderiam ser consideradas como um “banho de loja”.

De acordo com o gestor do Hospital São Marcos, a instituição recebia pacientes de várias partes do Brasil, com os mais variados problemas mentais. A partir de sua fala, podemos pressupor que o internamento era realizado sem muitas burocracias ou filas de espera.

A gente recebia aqui no hospital gente vindo praticamente do país, de outros estados, de outras regiões do estado do Paraná e era interessante, por exemplo, a Polícia Rodoviária às vezes chegava ali e falava: ‘Doutor, trouxe mais um tolero’, o que era tolero? Aquele paciente psiquiátrico que ficava na estrada enfrentado caminhão, tirando o caminhão da estrada, produzindo risco de acidente, porque estava confuso, ou estava alcoolizado, estava lá perdido. E, atrás disso tinha um drama familiar quando tinha família, muitas vezes já nem sabia da família; às vezes a pessoa entra em surto, está andando normalmente, entra em surto na rua, nunca mais é visto pela família, ele sai andando sem rumo e vai embora, andando pela estrada, ninguém sabe dele e ele não sabe de ninguém, ele fica perdido. E esse é a clientela que hoje está sem assistência nenhuma.

Franciele: Essas pessoas eram trazidas geralmente pela Polícia Rodoviária?
 Augusto: Polícia Militar, Polícia Civil, populares que às vezes pegavam uma pessoa na rua jogando pedra nas crianças, enfim, fazendo coisas de doentes mental, ou que estavam sofrendo, ou que se recusavam a comer, ou não dormiam, ou ficavam agitadas, ficavam agressivas, dramas mesmo muito sérios que causavam transtornos enorme na sociedade e na família e não foi mais possível atender essa gente, infelizmente. (COSTA Augusto, 2016).

Na perspectiva de Campos (2004, p.74), “desde o século XIX, o internamento asilar foi usado pela polícia como forma de exclusão e eliminação dos perturbadores da ordem pública”. Um exemplo dessa prática, podemos citar o Sanatório Maringá, no Estado do Paraná, em que segundo Campos (2004) serviu a propósitos diversos, como por exemplo, a limpeza moral dos indesejados da cidade. Para o autor:

Em defesa do bem estar social, durante quase toda a década de 60, a detenção da loucura em Maringá ficou a cargo da intervenção policial que se encarregava de encarcerar e enviar o louco e imoral para um local que coibisse qualquer ação inconveniente como caminhar pelas ruas da cidade, prática que os enquadravam no rol dos inadequados. (CAMPOS, 2004, p. 123).

Em outros locais, como por exemplo, em Franco da Rocha, no Hospital do Juquery, a polícia teve um papel significativo na ampliação do número de internos. De acordo com

Souza-Maluf, “o hospital chegou a receber 14.000 internos em 1968, auge da ditadura militar, quando se tornou um verdadeiro depósito humano: presos políticos engrossaram as listas de internos do hospital” (2004, p.65).

Cabe destacar que em relação ao Hospital São Marcos não foi encontrada nenhuma associação entre a instituição e o período ditatorial no Brasil. Entretanto, é possível intuir, tomando como pressupostos a relação historicamente construída entre o poder policial e as instituições psiquiátricas, que a atuação da polícia mencionada no depoimento do médico também ocorresse no sentido de manter a ordem social na cidade e região. Todavia, essa atuação tanto policial, como da população civil, acontecia para evitar que aqueles considerados doentes mentais não causassem “transtornos na sociedade”.

Segundo os relatos, como uma forma de garantir uma assistência de qualidade aos doentes mentais, a equipe do hospital realizava campanha de doações para receber roupas e cobertores da população da região. Ou às vezes, os proprietários mandavam fazer roupas, compravam lotes de 500 cobertores de uma vez. De acordo com Tânia da Costa , quando o paciente ia receber alta, mandava o cobertor e as roupas junto, “porque ele já veio sem roupa nenhuma, roupa inteira rasgada” e para dar o mínimo de condições de sobrevivência fora dos muros da instituição o hospital doava as roupas.

Na visão dos depoentes, a equipe do Hospital São Marcos desenvolveu um trabalho de recuperação, concomitante a um programa profissionalizante aos internos. O objetivo era que depois que saíssem de alta hospitalar, pudessem ter uma profissão e ser mais valorizados socialmente, principalmente pela família. Para o Augusto da Costa, o fato do doente mental não gerar nenhuma renda à família acaba sendo um dos motivos de sua rejeição e exclusão social.

O programa profissionalizante, denominado “Vila dos Ofícios”, segundo os depoentes, foi uma iniciativa totalmente privada e em convênios com Sebrae, Senai e Sesc³¹:

Nós tivemos uma estrutura até de um programa de profissionalização, para que o paciente quando saísse do hospital pudesse encontrar uma forma de subsistência fora do hospital, tendo uma profissão, rudimentar que fosse: cortar grama de um jardim, engraxar um sapato, ou ser até flanelinha num sinaleiro é melhor do que ser mendigo e ficar sendo vítima praticamente da sociedade. E com o paciente saindo profissionalizado também ele encontrava maior receptividade por parte da família. A família não o rejeitaria por questões econômicas porque ele também estaria contribuindo com a renda familiar. Esse programa foi muito bem sucedido, mas nós fizemos tudo isso

³¹ SEBRAE/PR – Serviço de Apoio às Micro e Pequenas Empresas do Paraná; SESC/PR - Serviço Social do Comércio do Paraná; SENAI/PR – Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial do Paraná.

sem nenhum apoio governamental, até mesmo a prefeitura aqui de Cascavel. A única coisa que pedimos foi vale transporte pra que o paciente depois da alta pudesse continuar aqui, onde ele tinha recebido a alta antes de concluir o programa de profissionalização que era feita por convênios com SEBRAE, com SENAI, SESC, mas a prefeitura não disponibilizou sequer o vale transporte para o paciente ir. Isso foi criando um desencanto por essa estrutura que se chamava Vila dos Ofícios. (COSTA, Augusto, 2016).

De acordo com Dias, o projeto piloto de Hospital Dia, chamado de “Vila dos Ofícios” foi desenvolvido no segundo semestre de 2002, onde se “trabalhou com 16 pacientes no município e, considerando viável a sua implantação, em 2003 apresentou a proposta para a Secretaria de Saúde” (DIAS, 2008, p.11).

Figura 9 Vila dos Ofícios – Hospital São Marcos



Fonte: Documento elaborado por Augusto da Costa em 2002. Cedido à autora em 07/10/2016.

Assim, com a “Vila dos Ofícios”, os ex-proprietários vislumbravam uma forma de manter o funcionamento da instituição, através da readequação de suas práticas em consonância com o decreto da Lei nº 10.216. Entretanto, não houve entendimento entre as partes. Segundo Dias (2008, p. 11) “o Conselho Municipal de Saúde não a aprovou, entendendo que esse serviço não deveria estar vinculado ao setor privado e exigiu que o

município tomasse as iniciativas de implementação e criação dos serviços de assistência em saúde mental.”

Neste sentido, em alguns momentos da entrevista com os ex-proprietários do HSM, é possível perceber o ressentimento e conflitos existentes entre o gestor do Hospital e o poder público. Na análise do conjunto de fontes há indícios de que os conflitos existentes foram ocasionados em nível local pela falta de interesse da administração pública em valorizar, através de investimentos públicos e estabelecer parcerias com a instituição e, em nível nacional foi gerado pela legislação que regulamentou os leitos psiquiátricos e a saúde mental no Brasil, desfazendo parte do modelo hospitalocêntrico sustentado pelo SUS e, que de certa forma, contribui para que o gestor tomasse a decisão de encerrar as atividades.

Figura 10: Atividades desenvolvidas na “Vila dos Ofícios”



Fonte: Documento elaborado por Augusto da Costa em 2002. Cedido à autora em 07/10/2016.

Estas imagens nos permitem observar alguns elementos da estruturação e organização do projeto profissionalizante. De acordo com os entrevistados, é possível concluir que a Vila dos Ofícios foi o projeto piloto para tentar angariar verbas para a instituição. Contudo, todo o investimento realizado não teve retorno. A proposta da legislação era diminuir as internações

e a do gestor do HSM era mantê-las e adicionar serviços alternativos à sua estrutura. Vejamos:

Eram várias oficinas profissionalizantes de várias áreas para homens e para mulheres e nós construímos um edifício, equipamos, custeávamos o funcionamento, e a equipe se ofereceu para trabalhar como voluntário fora do horário de trabalho, então era um trabalho bonito, um trabalho com relevância, com uma importância social enorme, mas não encontramos respaldo em nenhum órgão governamental, nem municipal, nem estadual, nem federal. (COSTA, Augusto, 2016).

Além desse projeto, o Hospital São Marcos desenvolveu um projeto chamado de “Famílias Adotivas”. Nesta perspectiva de trabalho o hospital entrava em contato com algumas famílias vizinhas ao hospital. Inclusive, algumas delas eram donas de empresas, como por exemplo, de restaurantes que estabeleciam certos acordos para “presentear” os internos que haviam sido abandonados pela família.

Augusto: A gente tinha campanha de doação de roupas quando a gente não mandava fazer roupas, a gente tinha um programa de famílias adotivas pra pacientes abandonados, a gente conseguia famílias aqui da vizinhança, e assim aqui no dia do aniversário do paciente, no dia do natal, no dia da páscoa, enfim, trazia um presentinho, trazia uma lembrança.

Tânia: E você sabe que tinha uma época em que essas famílias adotivas eram donas de restaurantes e numa certa época eles convidavam todos os pacientes, num dia do ano todos os pacientes moradores, residentes, eles iam almoçar lá, era muito bonito isso, era uma festa, eles se enfeitavam, se arrumavam para ficar bonitos. (COSTA, Augusto; COSTA, Tânia, 2016).

Ao analisar o conjunto de fontes encontradas para esta pesquisa, é plausível pressupor que a assistência prestada pelo HSM não se enquadrava no modelo hospitalocêntrico criticado pela reforma psiquiátrica onde havia a cronificação do interno ao invés de recuperação. Embora o internamento fosse a base do tratamento, as práticas realizadas pela instituição se colocavam como uma assistência diferenciada e condizente em parte com o modelo proposto pela reforma psiquiátrica, como por exemplo, os projetos de reabilitação e reinserção social.

Durante a entrevista realizada com Iara Bach³², ex-funcionária do Hospital São Marcos e atual Gerente da Divisão de Saúde Mental de Cascavel, ao ser indagada sobre o funcionamento da instituição, ela afirma que nos anos 2000, quando chegou à instituição, já estava ocorrendo a reforma psiquiátrica. Em suas palavras:

³² Iara Agnes Bach da Costa tem o mesmo sobrenome que o ex-proprietário do Hospital São Marcos, mas não possui nenhuma relação de parentesco com o mesmo. Aqui neste trabalho, me refiro à depoente como “BACH, Iara”, no intuito de evitar confusões por parte do leitor.

O que eu posso dizer verdadeiramente é que o hospital São Marcos pra mim foi uma lição de vida, sabe, eu não posso dizer que eu presenciei em algum momento algo que me chocasse relacionado a pessoas que estavam sendo atendidas dentro do hospital, eu sempre via um ambiente de respeito, pelos próprios pacientes. Lógico que é um ambiente que choca, não é um ambiente adequado ao meu ponto de vista, é ter uma pessoa dentro de um hospital psiquiátrico. Mas assim, ainda na própria avaliação do ministério da saúde o hospital São Marcos era um hospital bem conceituado, referente à outros hospitais que a gente tinha inclusive aqui no Paraná. (BACH, Iara, 2016).

Ao observar a fala da depoente é possível compreender que mesmo sendo contra o ambiente hospitalar, o Hospital São Marcos ainda era visto por ela, como um local de referência para a saúde mental do Estado do Paraná. De acordo com Bach, o HSM também estava em constante transformação. Sempre se readequando e tentando lutar contra o fechamento. A entrevistada trabalhou durante dois anos e sete meses no hospital e sua principal atuação como assistente social era a de coordenadora da Vila dos Ofícios.

Então houve várias propostas e eu quando entrei já fui trabalhar como coordenadora de uma vila de ofícios que foi um espaço que foi construído especificamente pra desenvolvimento de atividades, tirarem o máximo o paciente de dentro daquele local fechado, levar pra fora, buscar, inseri-los no mercado de trabalho, esta era a minha função de fazer essa busca e a própria capacitação deles para alguma profissão, era mais essa função que eu tinha dentro do hospital. Então na verdade na época eu via o hospital com bons olhos e comparando ele com outros hospitais que a gente vê com frequência, via, hoje a gente não vê mais, no momento em que todos foram praticamente fechados a gente via quantos maus tratos aconteciam. (BACH, Iara, 2016).

É necessário pensar neste trecho do depoimento com cautela, pois como Amarante demonstrou com suas pesquisas, historicamente os “empresários da loucura” enriqueceram com a saúde mental (1994; 1995; 1996). De acordo com a pesquisa realizada, no caso do Hospital São Marcos, ao que tudo indica, a realidade assistencial se diferenciou daquele modelo excludente, violento e de péssima qualidade denunciado pelos movimentos da luta antimanicomial.

Seguindo a premissa de Samuel (1990, p. 239), de que “todo relato vivo do passado deve ser tratado com respeito, mas também com crítica”, é plausível levantar uma reflexão sobre a natureza jurídica da instituição, pois tratava-se de uma instituição privada conveniada ao SUS. Portanto, por mais que estivessem preocupados com a qualidade do atendimento oferecido aos doentes mentais e que, em alguns momentos desenvolvessem um trabalho de

benevolência, como indicam seus testemunhos, o HSM era uma empresa. E, como toda empresa, mesmo que familiar, visa lucros.

A partir desta fala podemos pressupor que o Hospital São Marcos praticava caridade, pois não havia participação do SUS nestas atividades. Todavia, é importante pensar que a instituição, acima de tudo, era uma empresa com fins lucrativos. Sendo assim, é necessário refletir sobre o papel desempenhado pelo HSM para os doentes mentais. Há perguntas que não querem calar e não encontramos respostas para elas: na prática era realmente dessa forma que as coisas aconteciam? Como os hospitais psiquiátricos operam com déficit financeiro? Quais meandros estão imbricados nas entrelínhas dos discursos e nas particularidades do trabalho com a história oral?

São questões sem respostas, ou pelo menos, as respostas permanecem silenciadas por quem as possui. No entanto, podemos suscitar algumas reflexões a partir da história oral. Na perspectiva de Samuel, “a memória tem sua própria seletividade e seus silêncios.” (1990, p. 239). Estes eventos podem acontecer de forma intencional ou não, mas estão intrinsecamente ligados à relação que se estabelece entre entrevistado e entrevistador. Compartilhando as concepções de Portelli:

Durante todo o tempo, enquanto o pesquisador olha para o narrador, o narrador olha para ele, a fim de entender quem é e o que quer, e de modelar seu próprio discurso a partir dessas percepções. A ‘entre/vista’, afinal, é uma troca de olhares. Em bem mais do que outras formas de arte verbal, a história oral é um gênero multivocal, resultado do trabalho comum de uma pluralidade de autores em diálogo, (PORTELLI, 2010, p.20).

Além disso, é preciso refletir sobre qual a memória que os ex-proprietários querem transmitir da sua instituição? O ato de narrar para a historiadora que irá “contar” a História da instituição nunca contada antes, de certa forma, silenciada pela historiografia local, em um momento ainda de luta de posições ideológicas sobre a reforma psiquiátrica, contribui para que essas memórias busquem o seu “verdadeiro” lugar na história da saúde mental no Brasil. Algo que na visão dos depoentes, é ao lado totalmente oposto ao modelo hospitalocêntrico criticado pela luta antimanicomial.

2.2: “A MENINA DOS OLHOS”³³: O HOSPITAL SÃO MARCOS PARA CASCAVEL E REGIÃO

Neste item me debruçarei sobre a construção da imagem do Hospital São Marcos como uma referência hospitalar de “excelência” para a cidade de Cascavel e região. Sob o ponto de vista aqui analisado, privilegiarei depoimentos dos proprietários em que emergem a valorização e a construção de uma imagem positiva sobre a instituição psiquiátrica, bem como alguns momentos em que os gestores foram para a mídia expor sua instituição à população. Em alguns momentos para apresentar o “excelente” trabalho desenvolvido, em outros como forma de convite para que a população fosse conhecer o hospital. Em momentos de ameaça de fechamento, convoca a população para decidirem juntos sobre o futuro da instituição.

De acordo com a perspectiva apresentada nos depoimentos a família proprietária vivia integrada ao hospital, todos faziam parte da instituição, como “uma grande família”, até mesmo os filhos dos proprietários, desde crianças conviviam e caminhavam pelo hospital psiquiátrico junto com os internos, inclusive um dos filhos mantém amizade com ex-internos até hoje. Tânia da Costa afirma que:

Nós nos dedicávamos de corpo e alma, e eu quando tinha o filho pequeno eu amamentava, tinha um bercinho do lado da minha mesa no escritório e ficava comigo ali, entrava fornecedores, entrava na cozinha, trazia um lanchinho, as crianças comiam ali, a gente sempre trabalhou muito integrado, e acho que é aquela história, os olhos do dono que engorda os bois, e a gente estava ali o tempo todo no hospital, a gente era uma referência, qualquer coisa o doutor Augusto estava ali. (COSTA Tânia, 2016)

Durante a entrevista, o casal ressaltou sua trajetória de luta para conquistar os seus objetivos. Para eles, o Hospital Psiquiátrico “era uma empresa familiar, um sonho dourado, a menina dos olhos”, no qual passaram a se dedicar integralmente tendo em vista transformá-lo em referência para a assistência psiquiátrica. Em suas palavras:

Quando nós viemos de Curitiba pra cá nós não tínhamos casa, nós não tínhamos onde morar aqui, nós viemos com um motor home pequenininho montado numa Kombi, a Safari, nós moramos dentro da Safari meses. Depois nós compramos uma casa e depois de muito tempo nós não tínhamos dinheiro pra mobiliar essa casa porque o Augusto ficava o dia inteiro no hospital trabalhando e a gente comprou a outra metade do hospital. Então tudo que tinha a gente vendeu pra poder assumir a dívida do hospital e foi trabalho. Eu me lembro de que nós não tínhamos férias, nem sábado, nem domingo, nem de manhã nem de tarde, nem de noite, pra nós não existia

³³ Expressão utilizada pelos ex-proprietários do HSM para se referir à instituição durante a entrevista.

isso, era o trabalho pra transformar o hospital nesse nível em que ele conseguiu atingir com todas as classificações. (COSTA, Tânia, 2016).

Ao analisar os discursos dos depoentes é possível observar suas estratégias para a construção de uma imagem positiva sobre a instituição psiquiátrica. Referem-se aos proprietários, trabalhadores e internos do hospital como uma “grande família” e, ao mesmo tempo reforçam a ideia de uma empresa familiar, como se o dono da instituição desenvolvesse um papel de “pai” para todos os envolvidos. O médico psiquiatra estava presente o tempo todo e ele era sempre a referência do Hospital São Marcos.

Para analisar esses discursos, lanço mão da perspectiva de Foucault, em que o autor os considera como jogos em que há uma ação e reação. Na visão do autor, os discursos são como “[...] jogos estratégicos, de ação e de reação, de pergunta e de resposta, de dominação e de esquiva, como também de luta. O discurso é esse conjunto regular de fatos linguísticos em determinado nível, e polêmicos e estratégicos em outro.” (2003, p. 9). Neste sentido, podemos compreender que em seus discursos, os depoentes apresentam uma luta em defesa da construção de uma imagem positiva sobre a instituição. Nessa imagem não há conflitos, não há interesses econômicos, muito menos políticos.

Durante a entrevista os depoentes fizeram questão de exaltar o Hospital São Marcos enquanto um hospital de referência para o tratamento em psiquiatria, não só para o Paraná, como também para outras regiões do Brasil. De acordo com o psiquiatra, no segundo semestre de 2003, o HSM havia conquistado o sétimo lugar no ranking de melhor hospital, concorrendo com outros 264 hospitais psiquiátricos espalhados pelo Brasil.

No Jornal O Paraná, na edição de julho de 2003, foi divulgada uma matéria sobre o HSM, destacando o seu papel no atendimento à saúde mental no Estado. De acordo com a fala do Augusto da Costa, exibida na reportagem, o HSM havia ficado em 1º lugar entre 72 hospitais existentes no interior do Brasil. No seu entender, esta posição do estabelecimento foi um reconhecimento do SUS, diante da “excelência” dos serviços por ele prestados.

O Ministério da Saúde, por meio das atribuições da Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001 e considerando suas determinações, estabeleceu classificações para as instituições psiquiátricas. Esta era realizada através do PNASH – Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria. O PNASH avaliava os hospitais de acordo com o número de leitos e de profissionais atuantes, a estrutura física e as condições de higiene da instituição. Os critérios que seriam avaliados nos hospitais deveriam estar de acordo com aqueles

estabelecidos pelo Ministério de Saúde na Legislação em Saúde Mental, conforme a Portaria GM Nº 251, de 31 de janeiro de 2002:

Conforme a classificação do PNASH, o Hospital São Marcos estava inserido na Classe VI, que incluía hospitais psiquiátricos privados conveniados ao SUS que possuíam entre 241 a 400 leitos, com uma pontuação de 81-100%. Tais hospitais, para estarem de acordo com as normas editadas pelo Ministério da Saúde, precisariam atingir uma média superior a 81% no total de pontuação estabelecido pelo PNASH.

Os hospitais psiquiátricos que não atingissem a pontuação de 61% ou ficassem com a pontuação inferior a 41%, segundo a legislação, teriam “um prazo de 90 dias para verificação da adequação ao índice mínimo de 61%, necessário à sua classificação como hospital psiquiátrico no SUS. Será marcada uma nova data para a avaliação e reclassificação” (BRASIL, 2004, p. 119). Na classificação divulgada na reportagem o Hospital São Marcos havia atingido um total de 87,5 pontos. Vejamos o destaque recebido e referenciado pelo Jornal O Paraná:

Figura 11: Reportagem - SUS Destaca Hospital São Marcos de Cascavel.

SAÚDE

SUS destaca Hospital São Marcos de Cascavel

Estabelecimento é 1º lugar entre 72 hospitais privados do interior do País

Cascavel - O Hospital São Marcos, que atua em Cascavel há 32 anos, na especialidade de psiquiatria, acaba de conquistar o reconhecimento do Ministério da Saúde/SUS, em seu Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares.

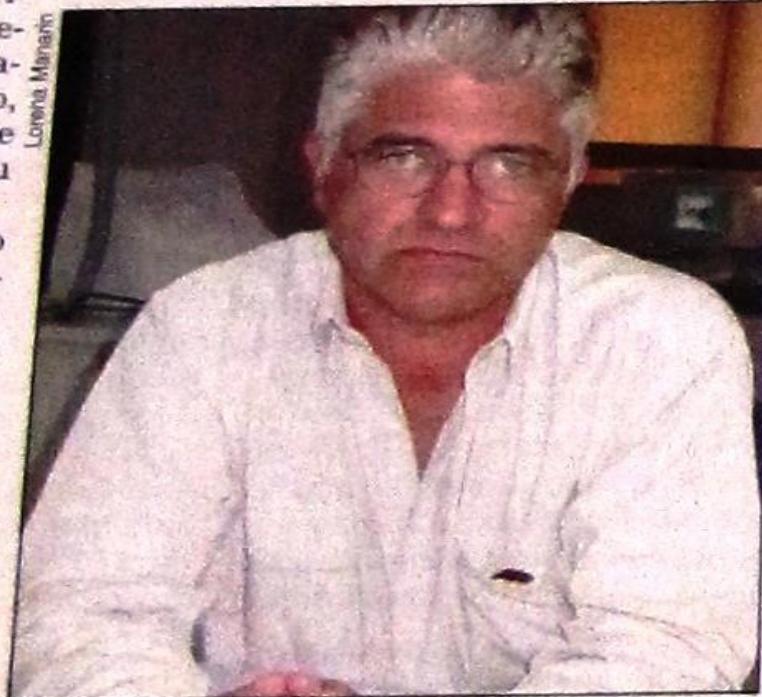
De acordo com o médico Augusto Fonseca da Costa, diretor-geral do estabelecimento, dos 72 hospitais psiquiátricos privados do interior do País avaliados pelo Ministério, o São Marcos de Cascavel conquistou o primeiro lugar.

Esta avaliação leva em consideração a estrutura física, os recursos humanos e a satisfação do cliente. "Nossa hospital conta hoje com 315 leitos, exclusivamente para atendimento pelo SUS; temos equipes multidisciplinares especializadas, além de vários programas

de atendimento neste segmento", destacou Augusto da Costa.

Ainda conforme o levantamento do Ministério, dos 247 hospitais psiquiátricos no País, apenas 27 obtiveram pontuação acima de 80, que é a faixa de excelência. E, destes 27, 13 hospitais são paranaenses. "Obtivemos 87,5 pontos", comemorou o diretor-geral do São Marcos. Para Augusto, "isto se constitui numa injeção de ânimo não apenas a nós diretores, como também a toda a equipe e funcionários".

Ainda segundo ele, este reconhecimento assegurado pelo Hospital São Marcos e pelos outros 12 do Paraná, destaca nosso Estado para o Brasil como vanguarda em excelência.



Augusto: "Orgulho para Cascavel"

Fonte: JORNAL O PARANÁ, Cascavel, 9 de Julho de 2003, p. 10.

O Jornal O Paraná faz referência ao Hospital São Marcos e à Augusto da Costa, como “Orgulho para Cascavel.” Entretanto, há perguntas que o historiador em suas análises mais profundas e seus esforços de pesquisas não consegue sanar. O fato curioso é que 4 meses após a divulgação deste “reconhecimento” do HSM pelo SUS e pela cidade, como o jornal menciona, a instituição psiquiátrica fecha as portas, interrompendo completamente todos os seus serviços em novembro de 2003.

No início de seu depoimento, o ex-proprietário enfatiza o papel do HSM para a cidade de Cascavel, pois, segundo ele, o Hospital serviu como campo de estágio para diversas faculdades da cidade e região, principalmente para as áreas de medicina, psicologia, enfermagem, educação física, etc. Durante a investigação observou-se a realização de estágios na instituição no último ano de seu funcionamento.

Na edição de 14 de março de 2003 do Jornal O Paraná, o caderno de Educação traz uma reportagem exibindo as parcerias de estágios entre o HSM e alunos de enfermagem de uma faculdade da cidade. Conforme o conteúdo da reportagem, esta atividade fazia parte da grade curricular do curso, mas acima de tudo, segundo a professora coordenadora dos estágios, a prática teve como objetivo desmistificar a loucura e talvez despertar nos discentes o interesse em trabalhar na área de saúde mental.

A professora Nelsi Salete Tonini, responsável pela Coordenação de Práticas Supervisionadas do curso de Enfermagem, também teve o cuidado de orientar os futuros estagiários com relação à desmistificação da loucura, considerada uma doença e do estudo das patologias psiquiátricas. Para Nelsi, é importante mostrar as novas políticas de saúde mental dos hospitais. ‘O aluno vai interagir mais com os pacientes através de terapias individuais e de grupo, do que ter procedimentos invasivos como a administração de medicamentos’. Além de colocar em prática o que foi aprendido na teoria, o estágio no âmbito da psiquiátrica visa chamar a atenção dos estudantes para uma área pouco explorada. Os mitos em torno da loucura fazem com que tenha pouco interesse e essa área precisa de profissionais qualificados. [...] A iniciativa do Hospital São Marcos em recepcionar os alunos com um café da manhã também foi útil para quebrar alguns tabus que cercam a psiquiatria. Os alunos ficaram conhecendo algumas mudanças na rotina da instituição e começam a ver a importância na interação paciente-profissional. ‘Na realidade, o paciente precisa de atenção, precisa de alguém que além de falar com ele, escute-o’, finaliza a docente, com a concordância do diretor geral da casa de saúde, Lúcio Araripe Abreu e Lima. (Jornal O Paraná, 14 de março de 2003. p.10).

A questão levantada no conteúdo da matéria sobre os “mitos” existentes acerca do doente mental e da loucura foi abordada por Foucault em diversos trabalhos seus. Para o autor, o hospital psiquiátrico tem um importante papel nessa construção mítica sobre o tema.

Na visão de Foucault, a representação do objeto “loucura” pode nos causar estranheza, pois nem tudo é o que parece ser.

Neste sentido, numa obra intitulada *Isto não é um cachimbo*, Foucault faz uma leitura de um quadro com o desenho de um cachimbo e a escrita: “Isto não é um cachimbo”. Na perspectiva do autor, o que se vê é um cachimbo, contudo não se pode pegá-lo e utilizá-lo como cachimbo, porque ele é apenas a representação deste. E assim como na loucura, o que temos de concreto, é a pessoa enquanto portadora de transtornos mentais e o estabelecimento do hospital enquanto receptor destas pessoas, mas a loucura em si não pode ser tocada nem atingida de forma alguma. (FOUCAULT, 1989).

Assim como Foucault diz que as palavras escritas no quadro vêm dar sentido à imagem do cachimbo, o hospital psiquiátrico vem tornar visível a imagem do “louco” na sociedade, pois é dentro deste, que o sujeito enquanto louco fica aprisionado. Para, além disto, ao sair do hospital carrega consigo a imagem da loucura visível aos olhos sociedade. Levando em conta esses aspectos observados sobre o hospital psiquiátrico, podemos pressupor que ao “abrir as portas” da instituição para pesquisa e visitação, os gestores contribuíram para a superação das visões estereotipadas sobre a loucura e o doente mental, pelo menos daqueles estagiários. Ao mesmo tempo, essa ação também contribuiu para reforçar a construção de uma imagem positiva sobre o HSM, pois a divulgação da reportagem em um jornal de circulação local, para além de informar seus leitores, tem a função de propagandear as duas instituições, tanto o hospital, como a faculdade.³⁴ Em outros momentos, Augusto da Costa também esteve presente nos cursos de graduação relacionados à área da saúde. Nestas participações, com realizações de palestras sobre assistência psiquiátrica é possível observar a relevância que a instituição e seu proprietário, possuíam para a área de saúde mental, especialmente por ser a única referência na cidade e região.

Durante a minha trajetória de pesquisa sobre a saúde mental, foi possível perceber que os hospitais psiquiátricos privados só aparecem nos jornais quando estão passando por dificuldades financeiras e/ou correm o risco de fechar. Obviamente isto não é uma regra, mas na maioria dos casos encontrados as matérias referentes às instituições psiquiátricas tinham esse objetivo, mesmo que implicitamente. Ao realizar a pesquisa me deparei com a reportagem do dia 11 de outubro de 2001, publicada no Jornal O Paraná. Observem o destaque da imagem, ocupando uma página inteira do jornal:

³⁴ Ao final deste mesmo ano o Hospital São Marcos fechou as suas portas e não foi possível verificar se a parceria entre hospital e universidade de fato ocorreu e se os estagiários conseguiram cumprir o calendário de conclusão de estágios, que estava previsto para dezembro, conforme a reportagem.

Figura 12: Hospital São Marcos: 30 Anos a Serviço da Saúde Mental.

HOSPITAL SÃO MARCOS

30 anos a serviço da saúde mental

Instituição comemora sucesso de diversos programas desenvolvidos para promover a reintegração dos pacientes

No ano em que comemora seu 30º aniversário, o Hospital São Marcos, de Cascavel, festeja o sucesso de diversos programas que fazem com que a instituição seja um referencial na área de atendimento a seus pacientes, principalmente pela implantação de uma metodologia de trabalho que tem possibilitado a recuperação e reintegração ao convívio familiar e profissional de pessoas com problemas mentais ou de uso de drogas.

Em algum ponto de nossa história, tivemos que fazer a opção entre ser uma instituição restritiva ou liberal, paternalista ou mobilizadora, hospitalocêntrica ou reintegradora. Ao decidirmos sempre pelo segundo modelo, deixamos um regime de custódia e tutela como a de um manicômio judiciário, para sermos uma instituição de tratamento em regime aberto, em perfeita sintonia com os mais modernos preceitos em termos de direitos humanos e liberdades individuais, reaproximando os doentes mentais do exercício de sua plena cidadania" ressalta o seu diretor-presidente, médico-psiquiatra Augusto Fonseca da Costa.

Evolução significativa

O Hospital São Marcos que atende através do SUS e sua associada Clínica Vale dos Pinheiros, estão instalados numa área verde de 100 mil m², praticamente no centro de Cascavel. As duas instituições empregam 140 pessoas, 38 das quais com nível superior, e com seus mais de 300 leitos prestam atendimento de conhecida relevância social à parcela mais carente e discriminada da sociedade, oriunda de dezenas de municípios da região, bem como de Santa Catarina, Mato Grosso do Sul e até do Paraguai, nas áreas de alcoolismo e doenças nervosas e mentais.

Ao contrário do que acontecia no modelo antigo de tratamento psiquiátrico, em que a pessoa atendida tinha pouca ou

nenhuma participação, não tinha voz ativa e nem mesmo responsabilidade pelo seu cotidiano (até os hábitos elementares de higiene eram tutelados pela equipe hospitalar), o programa assistencial do Hospital São Marcos evoluiu significativamente, com a criação de vários espaços, equipes e programas de alta mobilização, sendo que o desenvolvimento de atividades de horticultura, jardinagem e cria-

ção de pequenos animais nas dependências do complexo assistencial proporcionam o reencontro do indivíduo com o seu cotidiano original.

Apesar de todo este trabalho, o poder público, de um modo geral, ainda dificulta as ações da instituição, pressionado por denúncias de mau atendimento principalmente em hospitais localizados nos grandes centros urbanos. "De um lado estão os interesses escusos de alguns maus empresários da área, que man-

têm instituições precárias, merecedoras do xingamento de 'manicômios' e, de outro, radicais teóricos denominados 'antimanicômios' que lutam pela extinção dos hospitais psiquiátricos, sejam bons ou maus" explica o médico Augusto Fonseca da Costa.

Diversos programas de alcance social

Para dar sustentação aos bons resultados, o Hospital São Marcos desenvolve os

seguintes programas de atendimento aos seus pacientes:

Primeiro surto: visa familiarizar o paciente que nunca esteve internado antes com o ambiente do hospital, minimizando o trauma da ruptura de seus antigos laços e, para tanto, pacientes já mais integrados atuam em conjunto com o pessoal da enfermagem.

Limitados: destina-se a clientela mais regredida, que necessita de atividades mais dirigidas e monitoradas, como danças, cantos, jogos, estimulação psicomotora e educação de hábitos da vida diária.

Familias adotivas: proporciona aos pacientes residentes e abandonados, a oportunidade de convivência com pessoas da comunidade e extra-hospitalar, o que melhora sua auto-estima e sentimentos de aceitação. Envolve seleção, motivação e treinamento de famílias da comunidade local e muitas vezes tem sido o único elo entre o paciente e o mundo exterior.

Programa de Alcoolismo: dura quatro semanas e objetiva restabelecer o equilíbrio bio-psico-social, através das fases de desintoxicação, diagnóstico e tratamento das patologias psiquiátricas associadas, bem como orientação familiar e programa de prevenção de recaída. Age em conjunto com os Alcoólicos Anônimos e integra-se ao Programa de Reabilitação Profissional.

Reabilitação profissional: é o carro-chefe e orgulho da instituição, atuando principalmente no edifício "Vila dos Ofícios" e suas áreas externas. Oferece atividades semi-profissionalizantes, como marcenaria, serraria, macramé, artesanato, lava-jato, horticultura, piscicultura, criação de pequenos animais, prática de cabeleireiro, cursos de informática e uso da Internet.

Recuperação para alta: visa principalmente evitar a reinternação através do estímulo ao seguimento do tratamento ambulatorial, o que propicia conscientização sobre a existência da patologia, sua importância e compreensão, amenizando o impacto do processo de alta e viabilizando uma melhor readaptação à vida fora do hospital.

Fonte: Jornal O Paraná, Cascavel. 11 de outubro de 2001, p. 9.

O conteúdo da matéria divulgada no periódico apresentava o trabalho realizado pela instituição, ao mesmo tempo em que o propagandeava como um hospital moderno, liberal, mobilizador e integrador. A imagem acima foi utilizada para expressar o convívio contínuo dos internos com a natureza. Mas o conteúdo da reportagem também estava carregado com um tom de denúncia sobre os rumos que a reforma psiquiátrica estava tomando, a partir da aprovação da Lei Nº 10.216. Após apresentar os programas e atendimentos realizados pelo Hospital São Marcos, o texto divulgado no jornal apresenta uma crítica ao sistema público de saúde. Segundo o texto:

Apesar de todo este trabalho, o poder público, de um modo geral, ainda dificulta as ações da instituição, pressionado por denúncias de mau atendimento principalmente em hospitais localizados em grandes centros urbanos. ‘De um lado estão os interesses escusos de alguns maus empresários da área, que mantêm instituições precárias, merecedoras do xingamento de manicômios e, de outro, radicais teóricos denominados antimanicomiais que lutam pela extinção dos hospitais psiquiátricos, sejam bons ou maus’ explica o médico Augusto Fonseca da Costa. (O PARANÁ, Cascavel, 11/10/2001).

Durante diversos momentos da entrevista realizada com o ex-proprietário do Hospital São Marcos, fica claro o seu ressentimento por ter fechado o hospital. Segundo seu depoimento e as fontes também apontaram na mesma direção, a instituição psiquiátrica oferecia um tratamento adequado aos doentes mentais e, como é possível visualizar no conteúdo da matéria, as práticas realizadas na instituição se encaminhavam para as prerrogativas da nova legislação. Porém o modelo hospitalocêntrico de grande porte não cabia mais no projeto estabelecido pela reforma psiquiátrica. E, não era de competência do poder público municipal continuar o financiamento da instituição, que até então era subsidiada pelo SUS.

Embora já tenha discutido sobre a “Vila dos Ofícios” no subitem anterior, apresentando-a como uma prática assistencial desenvolvida pelo HSM, quero retomar aqui esse projeto piloto de hospital-dia, analisando-o como uma estratégia dos proprietários da instituição de construir sua imagem positiva perante a sociedade, pois afinal, a visão difundida era a de que o hospital psiquiátrico havia se reestruturado para atender as prerrogativas da nova legislação. Na perspectiva de Tânia da Costa:

Essa demanda de atendimento alternativo que supre muitas vezes o paciente que não necessita realmente da internação, que era o que nós nos propusemos a fazer e fizemos de graça durante muito tempo, nós fizemos de graça, pagávamos para o paciente e não recebíamos nada pelo SUS dessas oficinas terapêuticas, nós fizemos isso, nós tínhamos essa Vila dos Ofícios,

tínhamos o hospital dia nós estávamos migrando para esse tipo de atendimento, mas o que aconteceu? Não era interesse em manter, era criticar o que tinha para que eles fizessem. Só que um paciente que necessita de uma internação, até pela própria preservação da vida dele, porque o paciente, o que ele faz? Ele se agride, ele está mentalmente comprometido, então ele tem que ter um espaço em que acolha ele e que cuide dele e esse espaço não existe mais. (COSTA Tânia, 2016).

Nesta fala, a depoente apresenta as ações do HSM como um ato de caridade por desenvolver as ações de forma gratuita. Todavia, vale ressaltar, conforme vimos no subitem anterior, que esse projeto era desenvolvido em convênios com outros órgãos privados do município, como o SESC, SENAI e SESI. De acordo com os depoentes, o projeto “era muito bonito” e tinha uma “importância social enorme”. O ex-proprietário do Hospital chegou a ir para Brasília³⁵, junto com o prefeito e a secretária de saúde da época para requerer verbas para saúde mental. Em seu discurso o objetivo da visita era solicitar que o governo destinasse a verba utilizada ao hospital psiquiátrico para os serviços extra hospitalares. Vejamos:

[fomos solicitar] que o governo então destinasse essa verba para custear as ações substitutivas ou complementares ao hospital, CAPS, NAPS, oficinas terapêuticas, residências terapêuticas, várias modalidades, ambulatórios, pronto socorro psiquiátricos, várias formas, leitos psiquiátricos no hospital geral, alternativas ao hospital. Poderiam até de fato ter reduzido o número de leitos absurdo que existia no Brasil, mas oferecendo coisa melhor e não fechando o único recurso assistencial que a população de baixa renda tinha pra substituir por praticamente nada, muito pouco, porque um ambulatório, ele tem sua função, mas ele não cobre todas as necessidades do paciente. (COSTA, Augusto, 2016).

Na perspectiva do entrevistado a visita à Brasília reivindicava investimento para a saúde mental, seja para as “ações substitutivas”, para os leitos psiquiátricos e até mesmo para os hospitais gerais. Para o psiquiatra, o importante era manter os investimentos na saúde mental. Nas entrelinhas de seu discurso é possível observar que a ideia era implantar qualquer um destes serviços em sua instituição através de uma troca, ou seja, reduziria o número de leitos psiquiátricos e utilizaria o dinheiro gasto com os leitos em serviços alternativos ao modelo hospitalocêntrico.

Entretanto, esta intenção de redirecionamento de verbas não se concretizou por ir contra as prerrogativas da reforma psiquiátrica. Nas falas dos entrevistados, também há uma mistura da ideia de caridade com profissionalização para a reinserção social e essa não era a proposta da nova legislação. Embora o projeto piloto de hospital-dia, se encaminhasse dentro

³⁵ Sobre uma visita a Brasília foi encontrada uma reportagem datada de agosto de 2003 que será discutida no próximo subitem. Porém, não se pode afirmar que se trata da mesma visita mencionada durante a entrevista.

do modelo proposto pela reforma psiquiátrica, ele não estava em consonância com a legislação, pois esta determinava que os serviços substitutivos fossem desenvolvidos por instituições públicas. Portanto não se coadunava com as ações empreendidas pelo HSM.

Nas entrelinhas é possível observar um descompasso entre o que a lei determinava e o que os donos do hospital praticavam. Quando Tânia da Costa afirma que: [...] “Não era interesse em manter, era criticar o que tinha para que eles fizessem”. Em outras palavras, a depoente está se referindo ao Conselho Municipal de Saúde que não demonstrou interesse em manter o seu projeto, pelo contrário, criticou-o e apresentou a necessidade desse serviço ser criado e desenvolvido pelo poder público municipal.

Ao analisar suas falas percebe-se que os proprietários do hospital não se deram conta que a aprovação da legislação que regulamenta a assistência à saúde mental iria promover mudanças profundas nos estabelecimentos que ofertavam atendimento psiquiátrico. Entre estas mudanças estão a redução de leitos, a criação de CAPS preferencialmente por instituições públicas e talvez a mais significativa que tenha influenciado o fechamento do Hospital São Marcos, diz respeito à forma como os pacientes passariam a ser internados. Neste modelo da reforma psiquiátrica, CAPS, ambulatórios e postos de saúde tornaram-se a porta de entrada para internamentos, retirando o controle e a centralidade das instituições psiquiátricas neste processo.

Diante do exposto, observa-se que nos primeiros anos da implantação da nova legislação, havia a crença por parte dos gestores da instituição psiquiátrica, de que com algumas readequações poderiam continuar o atendimento sem maiores alterações. De acordo com Reis:

A implantação das mudanças propostas pela reforma aconteceu de forma lenta, pois não existia pressão com relação às famílias de pacientes nem da própria sociedade, uma vez que a porta de entrada era o próprio hospital. Assim, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) não tinham conhecimento dos pacientes portadores de distúrbios mentais de sua área de abrangência, não existiam postos de triagem, com isso, a própria família se encarregava de encaminhar o paciente até o hospital onde se realizava o internamento sem grandes dificuldades. (REIS, 2009, p. 47)

Embora no Estado do Paraná houvesse a regulamentação da saúde mental desde 1995, a assistência psiquiátrica em Cascavel não avançou na perspectiva da reforma. Segundo Reis (2009), esse modelo assistencial só foi alterado após a aprovação da legislação em saúde mental a nível federal e após a elaboração do Plano Municipal de Saúde Mental pela Secretaria de Saúde do município. Entretanto, a mudança só passou a ser efetivada na prática,

após o fechamento do Hospital São Marcos que alterou a lógica da assistência à saúde mental na cidade e região.

Para os proprietários, a instituição foi alvo de uma perseguição política, principalmente por parte do Partido dos Trabalhadores (PT), pois segundo o médico psiquiatra, no HSM o atendimento psiquiátrico era bom e contradizia todas as ideologias pregadas pela reforma psiquiátrica. Em suas palavras:

Um dos motivos que o nosso hospital foi extremamente perseguido pela campanha do governo federal era que nosso hospital, praticamente pela boa qualidade, desmentia o discurso oficial de que todos os hospitais eram manicômios e prestavam mau atendimento. Eu era diretor técnico da federação brasileira de hospitais, e eu convivi muito de perto com as autoridades do ministério da saúde da época, tanto no estado quanto no governo federal e era uma campanha esmagadora. Não tem como você concorrer com o poder governamental, então uma mentira bem pregada pelo governo federal e ela bem repetida se torna verdade muito parecido com o que fez Goebbels que era o articulador da campanha do Hitler: prega uma mentira bem pregada, bem repetida, anos a fio que ela fica parecendo verdade, que foi o que aconteceu. O resultado, todo mundo acreditou que hospital psiquiátrico é uma coisa indesejável que maltratava os pacientes, e que bom que está fechando. Na verdade o fato não é esse, quantas dessas mentiras a gente vê por aí pregadas pelo governo com a única finalidade de economizar atendendo a interesses ideológicos de meia dúzia de malucos que inventaram essa tese toda. No fim quem acabou perdendo? Nós fomos cuidar da nossa vida, fomos trabalhar com outras profissões, e quem perdeu mesmo? A população carente, essa foi prejudicada e hoje não acha recursos. (COSTA Augusto, 2016)

Quero chamar atenção para duas questões neste trecho da fala. A primeira refere-se à afirmação de que o discurso da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica era uma mentira. Pois, para o depoente, nem toda instituição psiquiátrica era um manicômio. Havia os bons hospitais e o HSM era um desses. Mas, segundo a sua fala, “as mentiras pregadas pelo governo” com interesses econômicos e ideológicos foram tão bem articuladas, que eles (o governo) não quiseram saber da realidade de nenhum hospital em específico e promoveram uma campanha de fechamento contra todas as instituições psiquiátricas.

Outra questão interessante deste trecho refere-se à comparação que o depoente faz entre a forma como as políticas de saúde se direcionaram e o tratamento dado pelos nazistas aos judeus. Para o depoente, ambos os tratamentos referem-se à “solução final”, pois com o fechamento dos hospitais psiquiátricos o número de doentes mentais diminuiu, entretanto, segundo o médico, esta diminuição ocorreu porque os doentes ficaram desassistidos e ainda hoje estão desamparados, morrendo nas ruas.

Este discurso é recorrente nas falas de alguns psiquiatras, principalmente aqueles que de alguma forma estão ligados aos hospitais psiquiátricos privados. Todavia, ao analisar os discursos dos profissionais ligados à rede alternativa de assistência à saúde mental não há exclusão e nem desassistência de doentes mentais, de modo geral o que foi possível perceber nas falas destes profissionais, como veremos no quarto capítulo, o que há é uma nova forma de oferecer assistência aos doentes mentais que ainda “engatinha”, lutando contra mais de 100 anos de hospital psiquiátrico.

Em meio às falas de orgulho pelo trabalho desenvolvido durante 30 anos pela instituição é possível perceber um ressentimento por parte dos ex-proprietários do Hospital São Marcos, principalmente em relação à cidade de Cascavel. De acordo com o Augusto da Costa, a instituição atuou durante anos, resolvendo os problemas da saúde mental na cidade e região e não houve nenhum reconhecimento por parte dos políticos. Pelo contrário, estes lançaram durante “vinte anos campanhas de difamação, sendo qualificados como manicômios, os médicos sendo qualificados como sequestradores e torturadores de pacientes e, alegações obviamente falsas.” (COSTA, Augusto, 2016).

Para os depoentes o grande problema foi que o governo tratou todos os hospitais psiquiátricos da mesma forma. O ressentimento existe porque as lideranças políticas não olharam de forma particular para a sua instituição que, segundo os donos, era um “hospital top em excelência” de atendimento a saúde mental.

[...] uma campanha encetada pelo próprio governo federal com vista de economizar, como economizou cerca de um bilhão de reais por ano em média com a assistência psiquiátrica hospitalar, aí pegaram os piores hospitais do país que geralmente eram hospitais públicos apesar de que existiam também alguns hospitais privados e usaram aquilo como um modelo pra condenar toda rede hospitalar psiquiátrica conseguiu até fazer um filme chamado “O Bicho de Sete Cabeças” que generalizava as coisas pegando os piores exemplos da psiquiatria brasileira e colocando no final, eu me lembro de que nós assistimos a esse filme, inclusive eu comprei sessões específicas dos cinemas locais para que toda a nossa equipe assistisse pra tomar conhecimento de como a coisa estava sendo distorcida no final do filme. Depois de ter mostrados todos absurdos que aconteciam naquele hospital que aparece no filme ainda colocam lá “e no Brasil ainda existem 264 hospitais psiquiátricos”, misturando o que era um manicômio, um hospital de má qualidade, hospitais que dá para comparar com campo de concentração mesmo que não eram sequer a maioria, era uma boa parte, mas não representavam o todo. (COSTA Augusto, 2016)

Os ex-proprietários do Hospital São Marcos atribuem ao Partido dos Trabalhadores (PT), a responsabilidade pela reforma psiquiátrica. Contudo, vale lembrar que as discussões sobre essa reforma psiquiátrica se iniciam ainda na década de 1970 e foi no ano de 1989 que

ocorreu a primeira inserção no Congresso Nacional do Projeto de Reforma Psiquiátrica elaborado pelo deputado Paulo Delgado do PT/MG.

Este projeto ficou tramitando no Congresso por 12 anos. E, apenas no ano de 2001, ainda no Governo de Fernando Henrique Cardoso, pertencente ao Partido da Social Democracia Brasileira – PSDB, é que foi sancionada a Lei Nº 10.216. A lei assinada foi elaborada pelo deputado Lucídio Portela, vinculado ao extinto Partido Democrático Social-PDS, hoje Partido Progressista – PP. A lei leva o nome de Lei Paulo Delgado, porém ela é um substitutivo ao projeto proposto pelo deputado Paulo Delgado.

Um dos elementos que fazem parte da trajetória do HSM é a tentativa de “abrir as portas” e mostrar o funcionamento da instituição para a comunidade. Já mencionamos anteriormente o hospital como campo de estágio e em algumas reportagens publicadas nos jornais impressos de circulação local há matérias informando sobre as atividades desenvolvidas pela instituição. Além disso, houve também a abertura para que alguns integrantes da sociedade de Cascavel conhecessem o Hospital. Além disso,

Neste sentido, no Jornal O Paraná de Cascavel, na edição de 8 de dezembro de 2001, foi publicada uma matéria sobre uma visita que representantes de diversos bairros de Cascavel fariam ao Hospital São Marcos. De acordo com a matéria, a visita era uma forma de comemorar os 30 anos de funcionamento da instituição, mas acima de tudo, uma tentativa de acabar com a visão preconceituosa existente na sociedade. Os visitantes poderiam caminhar pelo hospital, conhecer a estrutura, o funcionamento, o tratamento oferecido e almoçariam junto com os internos.

A divulgação da visita exibida neste jornal expressa também uma forma da instituição fazer uma propaganda dos serviços oferecidos. Importante destacar que neste período os debates sobre o fechamento dos hospitais psiquiátricos estavam ocorrendo de forma acirrada, tanto em nível nacional como municipal. Foi neste mesmo ano que houve uma Conferência Municipal de Saúde, na qual um dos temas debatidos foi a reforma psiquiátrica. Além disso, neste ano foi elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde o Plano de Saúde Mental de Cascavel. Portanto, a preocupação com o fechamento da instituição devido à reforma psiquiátrica já estava em vigor. Observe a matéria abaixo com o título “Hospital São Marcos recebe a comunidade”:

Hoje a partir das 10 horas, representantes de diversos bairros de Cascavel terão a oportunidade de conhecer o funcionamento do maior hospital psiquiátrico da região, o São Marcos. A visita faz parte das comemorações dos 30 anos da instituição e tem por objetivo mostrar a verdadeira face deste

hospital e tentar desfazer os preconceitos existentes. Diferente do que acontecia no modelo antigo de tratamento psiquiátrico, no São Marcos o paciente participa ativamente do seu tratamento, através de trabalhos na horticultura, jardinagem e criação de pequenos animais, método que proporciona o reencontro do indivíduo com o seu cotidiano original. A instituição presta serviço de alta qualidade reconhecida relevância social à população carente de toda a região Oeste do Paraná. Os convidados de hoje serão recebidos pelo diretor do São Marcos, doutor Augusto Fonseca da Costa. Os visitantes vão conhecer as dependências e ao meio haverá almoço. (O PARANÁ, 08/12/2001, p. 14)

Durante a entrevista, em vários momentos os depoentes afirmaram a sua visão sobre o tratamento psiquiátrico. Para eles, a Lei Nº 10.216 é fundamental para a melhoria da saúde mental, entretanto, não é fechando os hospitais psiquiátricos que irá melhorar a situação. Em suas palavras:

[...] Um ambulatório tem sua função, mas ele não cobre todas as necessidades do paciente. O resultado é que o paciente grave hoje está sendo tratado, vamos dizer assim, pela polícia que prende ou pelo necrotério quando ele morre, ou ele é tratado num hospital geral sem a menor condição, sem a menor especialização, ele é tratado por uma equipe que não conhece essa especialidade. Isso tem trazido uma quebra enorme na qualidade assistencial dessa população, principalmente de baixa renda. As pessoas com renda naturalmente podem escolher através de um convênio ou pagando como particular, se internar numa clínica privada. O resultado foi que justamente a população mais carente, de mais baixa renda, foi prejudicada. (COSTA Augusto, 2016).

O depoente afirma que não é contra a lei que regulamenta a saúde mental no Brasil. Entretanto, para o médico psiquiatra a lei acaba punindo os “bons” hospitais psiquiátricos privados também, além de fazer um movimento contrário, pois segundo ele, primeiro fecha as instituições e depois tenta criar uma rede assistencial.

[...] foi aprovada uma lei mais branda, mais preocupada em criar recursos assistenciais e concorrer com o leito psiquiátrico que é o certo, aliás, não só o leito psiquiátrico hospitalar, leito hospitalar de modo geral a gente deve evitar. Nenhum de nós aqui quer ir pra um hospital hoje, a gente quer voltar pra nossa casa, mas se precisar você tem que ter hospital, o que você tem que ter, campanhas de prevenção, você tem que ter ambulatório, você tem que ter um sistema preventivo e alternativo eficiente pra que evite a necessidade de ir para o hospital. Não é começar fazer isso primeiro fechando o hospital que era o único recurso, e depois criar uma rede assistencial. Resultado: faz duas décadas que estão desmontando o hospital e até agora o sistema único de saúde não teve a competência de criar um sistema que minimamente fosse suficiente pra substituir o hospital psiquiátrico, de modo que as coisas ao invés de melhorar, pioraram. (COSTA Augusto, 2016)

O médico fala a partir da experiência vivenciada na cidade de Cascavel, em que segundo ele, foi o próprio poder público que acabou com a assistência psiquiátrica no município, afirmando que primeiro houve o fechamento da sua instituição e, depois tentou-se estruturar outra forma de assistência. Para o Augusto da Costa, esta estruturação não teve êxito e o que ocorreu foi uma desmoralização dos hospitais psiquiátricos privados e o abandono dos doentes mentais.

[...] a campanha foi de uma desmoralização tão grande que atingiu até o atendimento particular e convênio sabe, então criaram um terrorismo em cima da internação, transformando a internação num ato de privação da liberdade, parecido com atos da ditadura, direitos humanos, criaram uma fantasia em cima da internação que acabou dos médicos ficarem até com medo de internar o paciente. (COSTA Augusto, 2016).

De acordo com os depoentes, o fechamento do hospital ocorreu pelo desencantamento que aos poucos foi sendo constituído nos proprietários que cansados de sofrer com a desmoralização do hospital psiquiátrico, de ser enquadrados no mesmo modelo dos grandes manicômios que praticavam maus tratos e ser comparados a verdadeiros campos de concentração, a equipe não resistiu à pressão e acabaram fechando as portas.

[...] resultado, com isso foi criando um desencanto a ponto de chegar a uma certa altura a própria equipe técnica do hospital São Marcos me pediu que fechasse, eu já estava propenso a parar com essa fantasia e com esse circo que foi criado, francamente, só não tinha fechado em respeito aos pacientes que a gente atendia, que eu sou médico, a gente tinha isso como idealismo, com amor, e pelas pessoas da equipe que afinal de contas, precisavam de seus empregos, os funcionários eram todos nossos amigos também. (COSTA Augusto, 2016)

Durante a entrevista, Augusto da Costa e sua esposa fizeram referência ao fechamento do Hospital São Marcos como um fechamento voluntário. A impressão que fica é que ocorreu mais por uma questão de desvalorização “moral” do hospital, do que por uma desvalorização financeira do repasse de verba do SUS. Diante disto, ao analisar o conjunto de fontes, ficou claro que o processo de fechamento do HSM é muito mais complexo do que uma questão de desvalorização e não reconhecimento pelos serviços prestados como o depoente expressa em sua fala.

Durante a entrevista realizada em nenhum momento reclamaram de dificuldades financeiras. Ao ser indagada sobre as verbas do SUS, Tânia Costa afirma que:

O hospital era administrado por nós, eu não tenho formação de administradora hospitalar nem nada, mas eu auxiliava bastante o Augusto nessa parte, e nós tínhamos um hospital muito bem estruturado nesse ponto, então não tinha aquela questão de superfaturamento, não tinha fraude, era certinho, um setor de faturamento perfeito, arrumado, organizado, sem reclamação, sem nada, uma coisa certa porque nós administrávamos, então não era aquela coisa de “Ah, foi descoberto um superfaturamento de compra de medicação”, nada! Então era um hospital aberto, um hospital limpo. (COSTA Tânia, 2016).

De acordo com a fala dos depoentes, a principal causa de fechamento do Hospital São Marcos foi o não reconhecimento por parte do poder público das atividades prestadas pela instituição ao município de região. Em suas falas não fica claro qual o tipo de reconhecimento que proprietários desejavam, mas ao que tudo indica, o reconhecimento do poder público viria da manutenção da instituição, evitando assim o seu fechamento. As palavras do médico psiquiatra expressam orgulho, segundo ele, por terem feito a sua parte. “Infelizmente o governo federal, o governo estadual, o governo municipal, a classe política não fez a parte dela e eles teriam a obrigação constitucional de manter a assistência à população brasileira.” (COSTA, Augusto, 2016).

O fechamento do Hospital São Marcos fez parte da política de regulamentação da saúde mental no Brasil. Também tem a ver com os recursos financeiros insuficientes repassados pelo SUS. Todavia, não era de competência do poder público municipal alterar esta lógica, pelo contrário cabia ao município reestruturar a assistência psiquiátrica atendendo as novas prerrogativas da legislação. Ao analisar o conjunto de fontes obtidas com a pesquisa foi possível perceber que a assistência psiquiátrica em Cascavel não recebeu a atenção desejada pelos proprietários e, que de certa forma, acabaram ficando de fora dos debates realizados no município sobre saúde, inclusive, pela sua perspectiva, foram excluídos de debates sobre a assistência a saúde mental.

CAPÍTULO 3: “SE CORRER O BICHO PEGA E SE FICAR O BICHO COME”³⁶: O DEBATE SOBRE A REORGANIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL EM CASCAVEL

3.1: OS PRIMEIROS VENTOS DA REFORMA PSIQUIÁTRICA EM CASCAVEL

Neste capítulo, procurarei compreender alguns acontecimentos que envolveram o fechamento do Hospital São Marcos para além dos muros. Isto é, por sujeitos que fizeram parte do processo de fechamento da instituição e apresentaram uma visão distinta da apresentada pelos ex-proprietários do hospital. O fechamento do HSM foi um processo complexo, marcado por disputas de poder, de discursos políticos e científicos. Trata-se de um fato marcante para a história de Cascavel, entretanto, não discutido pela historiografia local.

A partir de 2001 o debate sobre a assistência à saúde mental em Cascavel entrou em pauta e ganhou novo cenário, o Conselho Municipal de Saúde. Conforme a aprovação da Lei Nº 10.216/01 o poder público municipal se vê obrigado a estruturar e ampliar os serviços de assistência psiquiátrica. Um dos primeiros passos neste processo é a elaboração e aprovação do Plano Municipal de Saúde Mental. Como já mencionado em outros momentos, a instituição psiquiátrica fechou as portas e encerrou suas atividades em novembro de 2003. Mas, até que este processo finalizasse, ocorreram diversas tentativas dos proprietários do Hospital São Marcos para que não fechassem as portas e continuassem prestando a assistência psiquiátrica.

De acordo com o Promotor de Saúde Pública, Ângelo Mazzuchi foram diversos elementos que ocasionaram o fechamento do HSM. Entre eles, podemos citar questão de ordem econômica, pois houve uma diminuição do financiamento do poder público para os hospitais psiquiátricos; o surgimento, mesmo que incipiente, de uma rede de atenção psicossocial em Cascavel que, além da assistência, passou a determinar quem necessitava de internamentos, fazendo com que o hospital deixasse de ser a porta de entrada para as internações; as cobranças do Ministério Público, entre outras condicionantes. Conforme o Promotor de Saúde Pública:

[...] Em 2003 ele avisou por escrito com uma antecedência de 60 dias que iria fechar, foram feitas negociações, prorrogação porque a rede era incipiente e aí prorrogou-se por mais 90 dias, mas culminou com o fechamento. Quando ele avisou que ia fechar ele já tinha dado alta pra uma parcela e ainda tinha cerca de 220 pacientes se não me engano, que ainda estavam internados e que nesse período de cinco meses, ele foi dando alta e

³⁶ Trecho do depoimento de Augusto Fonseca da Costa, ex-proprietário do Hospital São Marcos, concedido à autora em outubro de 2016.

redirecionando. Nós tivemos algumas situações de questionamento, não judicial, não chegou a se judicializar os questionamentos foram administrativos e foram dentro desses assuntos que eu relatei. Recapitulando, o primeiro é o controle do acesso, ou seja, da porta de entrada do hospital para o próprio hospital e o segundo era o fato de que o hospital não reencaminhava à uma rede. Uma porque uma rede ainda não existia, e outra porque não era a política institucional de origem. Os hospitais psiquiátricos no Brasil e o São Marcos não fugia a essa regra, atuavam dentro de um sistema fragmentado, eles atendiam o paciente ao dar alta, eles não encaminhavam a um serviço de recepção, não havia portanto, uma alta controlada, o paciente sendo recepcionado por uma rede. Volto a repetir, uma porque não tinha rede e outra porque o próprio sistema, o próprio modus operandi desses serviços não admitia esse nível de ingerência. Esse nível de ingerência impedia, por exemplo, que a alta fosse dada abruptamente, como também impedia que a alta fosse dada depois de um paciente ter estado a um longo tempo morando dentro do hospital, ou seja, vivendo, residindo dentro daquele hospital, ou seja, institucionalizado sem que houvesse um trabalho de resgate, de laços e um trabalho psicossocial de reintrodução no meio em aberto. Ou seja, de ressocialização. O hospital entendia que não era devido a esse nível de ingerência, fruto de muitos anos trabalhando sem nenhum tipo de ingerência do poder público. [...] Teoricamente o tratamento era individualizado, na prática o tratamento ele se massificava através de um sistema de medicamentos que se destinavam a robotizar o paciente, não a tratar os processos psicoterapêuticos, em meio fechado, conjugados com fármacos quase sempre se mostraram ineficazes e o hospital também tinha esse problema. Então são três esferas de problemas que nós tivemos na ocasião, o primeiro foi o baixo financiamento e aí começou a deixar de ser economicamente interessante manter o hospital, o segundo problema foi o surgimento de um rede em que o hospital acabava se tornando quisesse ou não empecilho para que essa rede se desenvolvesse e a própria cobrança da existência de uma rede desenvolvida gerava para o hospital uma demanda de comportamento que ele não estava habituado a ter, não tinha condições de ter e o terceiro era a pouca visibilidade que o paciente tinha dentro do hospital principalmente no que focava com as terapias ocupacionais, tanto farmacológicas como a psicoterapia. (MAZZUCHI, Ângelo, 2017).

Este processo de fechamento gerou diversos debates que ultrapassaram os muros do hospital e chegaram ao Conselho Municipal de Saúde, a Câmaras de Vereadores, a Conferências Municipais, a jornais da cidade e à população de um modo geral. Este último grupo, em especial, acabava recebendo as poucas notícias através da mídia, que o Hospital São Marcos iria fechar e ficavam sem saber ao certo os rumos que isto levaria.

Na perspectiva de Dias (2008, p.12), o fechamento do principal serviço de atendimento psiquiátrico na região gerou certo desconforto e ansiedade na população, pois segundo a autora, os familiares e pacientes não haviam sido preparados para a transformação, uma vez que, para alguns, o internamento havia sido a única alternativa por muitos anos. Para a autora, “percebe-se também que as equipes de saúde geral, em especial as da Unidade

Básica de Saúde (UBS) e serviços de emergência da cidade e da região, não se sentiam preparadas nem compromissadas com a assistência a esses pacientes". (DIAS, 2008, p.12).

Em termos da política local, os representantes eleitos não tinham muito que fazer a não ser tentar adequar o município à nova legislação em saúde mental, criando e estruturando o atendimento em rede. Enquanto o Hospital São Marcos, inserido em seu modelo hospitalocêntrico, foi cada vez mais perdendo seu espaço de atendimento psiquiátrico e, mesmo tendo ocorrido diversas tentativas junto ao Conselho Municipal de Saúde de Cascavel para readequar o seu atendimento e estrutura hospitalar para uma assistência voltada ao modelo em rede, não obteve êxito e encerrou as atividades. Vale dizer, readequar de maneira que lhe fosse conveniente e que acreditavam ser eficaz ao tratamento e ainda rentável para a instituição. A partir do momento que deixou de ser interessante para os gestores, optou-se pelo fechamento da instituição psiquiátrica.

De acordo com as fontes encontradas nos arquivos do Conselho Municipal de Saúde, ao final do ano 2000, iniciou-se o debate sobre a reforma psiquiátrica. Desde então, vários segmentos da sociedade passaram a se reunir para discutir a questão e elaborar um Plano de Saúde Mental para Cascavel. Ao analisar os documentos, ficou evidente uma relação conflituosa entre os proprietários do Hospital, o poder público local e principalmente alguns integrantes do CMS. Embora permaneçam algumas lacunas que a pesquisa historiográfica não dá conta de compreender, foi possível perceber que o ex-proprietário e os representantes do HSM foram excluídos ou se excluíram do debate. Importante lembrar, que a reforma psiquiátrica preconiza o fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos e a abertura de uma assistência psiquiátrica em rede, preferencialmente por órgãos públicos. Sendo assim, a prefeitura procurou estabelecer o diálogo com este segmento social e estruturar a Rede dentro da configuração do SUS.

Durante a conversa realizada em 2014 com o Senhor Laerson Matias Vidal, presidente do Conselho Municipal de Saúde em 2001, ele mencionou que naquele ano foram realizados uma série de debates acerca da reforma psiquiátrica. Como metodologia promoveram discussões setoriais, envolvendo diversos segmentos da sociedade, que posteriormente originaram as propostas que foram apresentadas na 5^a Conferência Municipal de Saúde.

Antes de prosseguir com as reflexões sobre os debates acerca da saúde mental em Cascavel é fundamental tecer algumas reflexões sobre a 5^a Conferência Municipal de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde de Cascavel. Quero destacar que uma das questões que incomodou durante a pesquisa foi o fato de não ter encontrado documentos sobre essa conferência. Com o intuito de encontrá-los, realizei pesquisas nos arquivos da Câmara de

Vereadores, do Conselho Municipal de Saúde e da Divisão de Saúde Mental, em jornais do período e, infelizmente não foi encontrado nenhum registro, nenhuma ata, gravações ou filmagens do evento.

De certa forma, percebi que havia certo silenciamento sobre este acontecimento. De acordo com o depoimento de Laerson Matias Vidal e de Augusto da Costa, a 5^a Conferência Municipal de Saúde havia sido conturbada. Entretanto, a falta de informação detalhada não permite discutir as especificidades desse evento. Durante o processo investigativo, me coloquei em uma busca contínua para encontrar algumas respostas sobre este silêncio, intencional ou não, mas que permeia a história da saúde mental em Cascavel.

Diante disso, percebi que as respostas para tal silêncio poderiam estar na própria história do Conselho Municipal de Saúde. Segundo Borges (2014, p.24), o CMS foi “instituído inicialmente pela Lei Municipal nº 2209 1991 que deu início as suas atividades ano de 1992”. De acordo com a autora, a primeira reunião foi realizada no dia 17 de fevereiro de 1992, “por meio da pressão que a sociedade exerceu sobre os conselheiros que cobraram a atuação do conselho na situação de saúde do município [...]” (BORGES, 2014, p.24). Para atender a essa pressão foi convocada a primeira reunião para o início de fevereiro. Porém, segundo a autora, essa reunião não foi registrada em ata.

Durante o primeiro ano de atividade, foram realizadas apenas 4 reuniões, sendo que a inauguração do CMS aconteceu apenas no dia 17 de novembro de 1992 com a posse dos conselheiros dada pelo prefeito. De acordo com Borges (2014) as atividades iniciais do CMS possuíam algumas irregularidades, como por exemplo, reuniões que não eram registradas em atas, a participação de vereadores como conselheiros, reserva de vaga para entidades sem devido o processo eleitoral, além de não realização de reuniões, como por exemplo, o ano de 1996 que não houve nenhum registro de reuniões.

Na perspectiva da autora, a criação do Conselho não garantiu a sua atuação frente às questões relacionadas à saúde pública e a defesa dos interesses da população junto ao poder público. A composição inicial do conselho, constituída por representantes do governo e da classe médica, feria o direito de igualdade de participação dos diferentes grupos sociais. Além disso, havia forte resistência em permitir a participação da sociedade civil em sua composição. Ou seja, os usuários dos serviços de saúde que eram os maiores interessados na melhoria dos serviços públicos de saúde ficaram excluídos e impedidos de participar. Diante disso, para Borges (2014), no início de seu funcionamento o CMS era utilizado para atender a interesses particulares de entidades.

Segundo Borges (2014), desde o início até os anos 2000, o CMS tinha como presidente o próprio secretário de saúde. Apenas no ano de 2001 foi eleito um representante do segmento dos usuários, o senhor Laerson Matias Vidal, entrevistado para este trabalho. Na perspectiva da autora, a I e a II Conferência Municipal de Saúde não foram expressivas, sendo que na primeira não ocorreu a participação da sociedade civil. A partir da III e na IV Conferência Municipal de Saúde, realizadas respectivamente em 1997 e 1999, representaram um movimento mais amplo, abrangendo diversos segmentos da sociedade. Embora Borges (2014) tenha analisado em seu trabalho a constituição do CMS de Cascavel e seus direcionamentos, a autora também não menciona a V Conferência Municipal de Saúde.

Diante do exposto, percebe-se que foi apenas a partir do ano de 2001, ano de realização da conferência “silenciada”, que o CMS passou a ter uma postura mais democrática, de crítica e fiscalização em relação ao poder público, especialmente no que se refere à participação da sociedade civil nas decisões deliberativas do Conselho.

Após estas reflexões sobre o processo histórico de constituição do CMS, é pertinente atribuir a falta de registros sobre a V Conferência Municipal de Saúde à própria configuração do conselho na época. Em outras palavras, no meu entender, não foram encontrados registros sobre esta conferência porque não foram realizados, se houve registros, estes acabaram desaparecendo dos arquivos dos órgãos públicos investigados.

Outro elemento que permite chegar a esta conclusão, refere-se à falta de referências à realização desta conferência em outros trabalhos acadêmicos. Alguns trabalhos chegam a citá-la, mas não consta na lista de fontes ou referências.³⁷ Para este trabalho que aqui escrevo, a Conferência de 2001 surge na fala de alguns entrevistados, porém devido ao passar dos anos e ao próprio movimento de esquecimento dos sujeitos, intencional ou não, os depoentes também não conseguiram dar muitos detalhes sobre o evento.

Em diversos documentos encontrados no Conselho Municipal de Saúde, observou-se que no ano de 2001 o proprietário do Hospital São Marcos realizou várias manifestações públicas. Podemos observar que um dos objetivos de tais manifestações foi chamar a atenção da sociedade para a sua existência e o trabalho ali desenvolvido para tentar evitar o fechamento do seu hospital. De acordo com as Atas do Conselho Municipal de Saúde, foi a partir do ano de 2001 que se deu início ao debate sobre a saúde mental no município e o surgimento de propostas para o redirecionamento dos serviços de assistência psiquiátrica.

³⁷ Como exemplo destes trabalhos, podemos citar: BORGES, 2014; REIS, 2009; DIAS, 2008, TONINI, 2005.

Diante das prerrogativas da Lei nº 10.216/01 que propunha uma reforma psiquiátrica, os representantes do HSM, ao se depararem com a possibilidade de terem a instituição psiquiátrica fechada, se dirigiram ao Conselho Municipal de Saúde e apresentaram algumas propostas para evitar seu fechamento.

Durante a reunião do Conselho Municipal de Saúde do dia 01 de outubro de 2001, o então presidente, após iniciar os trabalhos e apresentar as pautas para a reunião, pediu que os profissionais especializados em psiquiatria se manifestassem para contribuir com a efetivação do projeto. Logo em seguida, o proprietário do Hospital São Marcos foi ao plenário para expor sua opinião sobre os direcionamentos da saúde mental em Cascavel. De acordo com a Ata desta reunião o médico psiquiara:

[...] Disse que já alguns anos haviam apresentado propostas juntos aos órgãos do SUS, no sentido de oferecerem serviços alternativos à internação integral e que por motivos burocráticos, orçamentários ou por falta de um procedimento específico no sistema de Autorização de Internamento Hospitalar – AIH, não chegaram. Ressaltou que insistia em participar do modelo alternativo e esclareceu que o Hospital São Marcos era um hospital que prestava assistência à saúde mental e não exclusivamente à assistência hospitalar. Colocou que o hospital só é hospital porque o SUS só paga serviços hospitalares e isso não era correto. Disse que o Hospital São Marcos era do ramo de assistência integral e que estava no sistema. E o seu posicionamento seria de que, ou participava da evolução da assistência ou não participava de nada. O que não podia era ficar relegado ao retrógrado, que é o leito hospitalar integral. [...] Colocou ainda, que deveria ser divulgado custos do atendimento no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, porque estavam interessados em formular proposta para atender nessa modalidade. Disse que a Rede Hospitalar estava sofrendo algumas pressões. Uma da esfera federal, que tinha feito uma série de retalhos e subtrações no sistema de pagamento. Que há seis anos estavam com o piso defasado. Outra questão era da esfera estadual, com o bloqueio orçamentário. Disse que precisavam de uma solução urgente, pois se o estado não tinha dinheiro, reduzia as AIH's. Por conta disso, no mês de setembro o Hospital São Marcos ficou com uma redução 23,53%, o que ocasionou um número de 52 pacientes internados sem que o hospital ganhasse nada. Manifestou seu protesto contra o problema da redução de AIH, e disse que controlar a AIH em hospital psiquiátrico é a maior besteira que existe no Brasil. Isso pelo fato do hospital psiquiátrico não receber por procedimento e sim por diária. Essa redução diminuía o acesso da clientela ao sistema. E para que mais pacientes fossem atendidos era preciso mais AIH. Disse que o hospital. No caso do São Marcos, só tinha pacientes SUS, que não tinha outras fontes de custeio [...]. (CMS, Ata da 6ª Reunião Extraordinária, 01/10/2001).

O conteúdo deste documento nos apresenta informações imprescindíveis para compreender os primeiros anos da reforma psiquiátrica em Cascavel. São vários pontos que merecem destaque. Neste sentido, na reunião do início de outubro de 2001, o proprietário do

Hospital informou que não queria ficar fora do serviço alternativo de assistência à saúde mental e que o atendimento prestado pela instituição não era exclusivamente hospitalar. Sua afirmação de que “ou participava da evolução da assistência ou não participava de nada, o que não podia era ficar relegado ao retrógrado”, é um posicionamento que vai acompanhar o processo de fechamento do Hospital São Marcos até o último momento.

Outra questão pertinente para refletirmos sobre a decisão de fechamento do hospital psiquiátrico refere-se ao controle das AIH, pois com a reforma psiquiátrica, surgem alguns princípios norteadores do modelo assistencial. Um deles refere-se à porta de entrada para o tratamento psiquiátrico que, a partir da nova legislação deveria ser feito pela rede básica de saúde. Neste novo modelo, o hospital psiquiátrico perderia sua autonomia, ficando a mercê das AIH encaminhadas pela Rede assistencial de atenção básica.

Segundo Reis (2009), no início dos anos 2000, os postos de saúde não realizavam atendimentos psiquiátricos e a própria família que se encarregava de levar o paciente para internação sem maiores burocracias. A prática vigente até então, permitia que o hospital encaminhasse diretamente as solicitações de internamento e a nova lei rompe com tal prática. Desta forma, é possível perceber que na perspectiva do médico psiquiatra expressa na reunião do CMS, a instituição queria fazer parte dos serviços extra-hospitalares, porém queria continuar com sua autonomia sobre a AIH.

Conforme aponta o conteúdo do documento, a equipe do hospital já havia apresentado diversas propostas junto aos órgãos públicos, mas nada tinha sido aprovado. A principal proposta encontrada nas fontes refere-se ao projeto de Hospital-Dia. De acordo com os documentos do Conselho Municipal de Saúde, em 15 de outubro de 2001 os representantes do Hospital São Marcos compareceram à reunião do CMS para fazer o convite de inauguração do Hospital-Dia proposto pela instituição. Ao que tudo indica, este convite gerou certo desconforto durante a reunião. O presidente do Conselho da época fez algumas críticas aos representantes do hospital, o que induz a pensar na existência de conflitos políticos e ideológicos entre as partes.

O Sr. Laerson Matias Vidal informou que o Hospital São Marcos havia adotado uma estratégia de marketing. Que comprou na quinta-feira uma página em cada jornal da cidade para fazer propaganda do Hospital. Que na sexta-feira, publicou que o Hospital São Marcos iria fechar, e no sábado publicou uma matéria dizendo que o futuro do Hospital deveria ser discutido com a comunidade e que alguns membros do Conselho Municipal de Saúde não estavam querendo discutir. Colocou que, sem entrar no mérito e independente de ser conselheiro ou presidente do Conselho Municipal de Saúde, o assunto da saúde mental tinha sido debatido. Que desde novembro

vinham discutindo esse assunto exaustivamente dentro do Conselho Municipal de Saúde. E que a questão do assunto ser discutido com a sociedade era uma estratégia do Hospital. Disse ainda que no Jornal Hoje do dia quatorze, foi publicada uma matéria onde em uma frase fazia referência à sua pessoa. Colocou que fora do Conselho Municipal de Saúde não tinha expressado nenhuma opinião a não ser que provocado. Que a publicação havia sido do Hospital e não iria entrar na discussão que o Hospital estava se propondo a fazer. Pediu a compreensão dos conselheiros e que defendessem que a discussão da saúde mental estivesse dentro do Conselho Municipal de Saúde e que somente na reunião é que o Hospital fizesse toda a manifestação que desejasse. Disse ainda, que a incitação que o Hospital estava querendo fazer entre os setores do Conselho não era verdadeira e que fugia da realidade. Pediu o companheirismo dos conselheiros para evitar que um ou outro fosse estigmatizado pessoalmente ou individualmente por uma postura que estavam se propondo a tomar, ou seja, a implantação do Programa de Saúde Mental no município de Cascavel. (CMS, Ata da 51^a Reunião Ordinária, 15/10/2001).

Durante a entrevista realizada com o Sr. Laerson Vidal ficou claro que no momento em que ocorreram os debates sobre a implantação do Plano Municipal de Saúde Mental em Cascavel, os interesses econômicos, ideológicos e políticos geraram diversas tensões entre o presidente do conselho e o proprietário do Hospital São Marcos. Foram tensões motivadas pelos interesses distintos. Se de um lado temos o representante do sistema público de saúde conduzindo o debate para instaurar a reforma psiquiátrica estabelecida por lei, do outro, temos o representante do hospital psiquiátrico privado, conveniado ao SUS, defendendo seus interesses econômicos, já que a reforma atingiria diretamente os hospitais psiquiátricos e, consequentemente, alteraria a sua forma de prestar assistência.

Cabe ressaltar que o papel do historiador não é fazer juízo de valores ou dar uma sentença de quem está certo ou errado, mas sim analisar o processo histórico. Neste sentido, é importante afirmar que à sua maneira, cada um elabora seus discursos com o objetivo de defender seus interesses. O Hospital São Marcos e seus representantes tentaram de diversas maneiras se manterem ativos, mas como não encontraram uma saída satisfatória, optaram pelo fechamento da instituição. Já o Conselho Municipal de Saúde, juntamente com alguns segmentos da sociedade em defesa do sistema público de saúde, elaboraram o Plano Municipal de Saúde Mental.

Entretanto, apesar de o plano ter sido aprovado em 2001, segundo Dias (2008, p.12), a implantação da Rede seguia lentamente seu cronograma que se estenderia até 2005. Todavia, essa rede assistencial à saúde mental só foi impulsionada após o fechamento do HSM. Até então, pouca coisa havia se alterado, sendo que o hospital psiquiátrico continuou como o centro do tratamento até o seu fechamento por completo.

De acordo com várias atas do Conselho Municipal de Saúde, o proprietário do HSM apresentou diversas propostas no órgão. Entretanto, segundo o psiquiatra, nenhuma delas foi aceita. Por outro lado, ficou evidente em algumas atas analisadas, que o ex-proprietário levantava o debate sobre suas propostas de atuação, mas na hora de oficializar a proposta não enviava para discussão e votação em debate. Segundo os documentos, isto aconteceu para a 5^a e a 6^a Conferência Municipal de Saúde.

Uma questão interessante citada na reunião do CMS realizada em 15 de outubro de 2001 refere-se à participação da população nos debates sobre a saúde mental. De acordo com a fala do presidente do conselho, havia a intenção do proprietário do hospital em promover um debate com a sociedade para saber sua opinião sobre a continuidade ou não do atendimento. Todavia, no entender desse conselheiro os debates deveriam ocorrer inseridos junto ao CMS, fazendo cumprir o seu papel de delegar sobre as decisões referentes à saúde.

Para compreender o motivo desse impasse apontado pelo presidente do CMS em 2001, faz-se necessário observar a estrutura e organização da 5^a Conferência Municipal de Saúde, realizada nos dias 12,13 e 14 de outubro de 2001.³⁸ As conferências municipais de saúde acontecem de dois em dois anos. Assim, desde a criação do CMS em 1992 até hoje foram realizadas 13 conferências, a última delas, em 2017.

De acordo com o regulamento da 5^a Conferência Municipal de Saúde este evento é o momento de debate municipal sobre a saúde, com instância deliberativa e aberto a todos os segmentos da sociedade. Seus objetivos eram:

- I- Avaliar a situação e a política municipal de saúde;
- II – Estabelecer as diretrizes para a formulação da política municipal de saúde para o biênio 2002-2003;
- III – Discutir e propor a organização e o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde;
- IV – Eleger os delegados representantes dos usuários e fornecer subsídios para a Conferência Estadual de Saúde;
- V- Eleger as entidades que irão compor o Conselho Municipal de Saúde no biênio 2002-2003. (REGULAMENTO, 2001, sem página).

Segundo esse regulamento todas as pessoas e representantes de entidades, instituições órgãos e movimentos poderiam fazer parte da comissão organizadora, na condição de: delegados, observadores e convidados. Sendo que os delegados é que teriam direito a voz e voto e os demais integrantes, apenas o direito de expressar sua opinião. (REGULAMENTO,

³⁸ Embora não tenham sido encontrados registros sobre o momento em que se realizou a 5^a Conferência Municipal de Saúde, foi encontrado o documento que regulamentou a realização deste evento.

2001, sem pagina). De acordo com o documento, estes representantes deveriam ser eleitos durante as pré-conferências que totalizariam 17 encontros: 10 por microrregiões das UBS, 5 nas Unidades de Saúde do interior, 1 dos trabalhadores de saúde e 1 dos prestadores dos serviços de saúde. Desta forma, a 5^a Conferência deveria ser composta por 240 delegados. Sendo eles:

- I - Usuários: 120 Delegados (50%)
- II – Trabalhadores de Saúde: 60 Delegados (25%)
- III – Prestadores de Serviços de Saúde: 30 Delegados (12,5%)
- IV – Administração Pública: 30 Delegados (12,5%). (REGULAMENTO, 2001, sem página.)

A partir da observação do regulamento que norteou a 5^a Conferência Municipal de Saúde de Cascavel percebe-se que ela propunha a participação democrática dos diversos segmentos sociais por meio de representantes eleitos. Neste sentido, é possível compreender a preocupação do presidente do CMS em exigir que os debates sobre os rumos do Hospital São Marcos e da saúde mental no município fossem discutidos no âmbito deste evento.

Na matéria do Jornal O Paraná (conforme apresentado na Figura 12, página 143), publicada em 11 de outubro de 2001, citada na reunião do CMS do dia 15 de outubro de 2001, é possível observar a propaganda referente aos serviços prestados pelo Hospital São Marcos. As imagens e conteúdos apresentados na reportagem também fazem parte da exposição do projeto piloto para a implantação do Hospital-Dia na instituição psiquiátrica. Podemos pressupor que a intenção da matéria veiculada no jornal era de apresentar para a população o trabalho que era realizado pela instituição psiquiátrica para obter o seu apoio. Assim, a população ficaria a favor do hospital psiquiátrico e, juntando forças conseguiram fazer pressão e evitar o seu fechamento.

Durante a entrevista realizada com o Promotor de Saúde Pública de Cascavel ficou claro que a população era a favor da manutenção dos leitos psiquiátricos. Faz-se necessário levar em consideração que a população de um modo geral, principalmente para os usuários do sistema público de saúde, uma população de baixa renda, não possui conhecimento científico sobre saúde mental, mas possui conhecimento empírico, pois são eles que têm contato direto e que experienciam a assistência psiquiátrica e o convívio com o doente mental.

Na perspectiva do Promotor, de um modo geral, a sociedade defendia os leitos não importando se fosse dentro ou fora de um hospital psiquiátrico. Neste sentido, vale lembrar que ainda não havia uma rede alternativa para a assistência psiquiátrica na cidade e a possibilidade de ficar sem assistência em saúde mental causou certa preocupação para a

população, especialmente para as pessoas que possuíam alguma relação com a questão, como por exemplo, pacientes, familiares, trabalhadores do HSM e da atenção básica de saúde. (DIAS, 2008).

Em outra matéria publicada pelo Jornal O Paraná, o proprietário do Hospital São Marcos convida a população para participar do debate sobre a saúde mental na cidade. Segundo o conteúdo do texto, os representantes da instituição estavam sendo privados de participar das discussões sobre a reforma psiquiátrica em Cascavel. De acordo com Laerson Vidal (2014), os representantes do Hospital São Marcos foram impedidos de participar da elaboração do Plano Municipal de Saúde Mental porque em todas as reuniões se tentava “boicotar” o plano. Já para o Promotor, o HSM não participou porque não poderia participar, caso contrário, não se conseguiria criar o atendimento em Rede no município e o hospital continuaria sendo o foco do atendimento psiquiátrico. Observe a matéria:

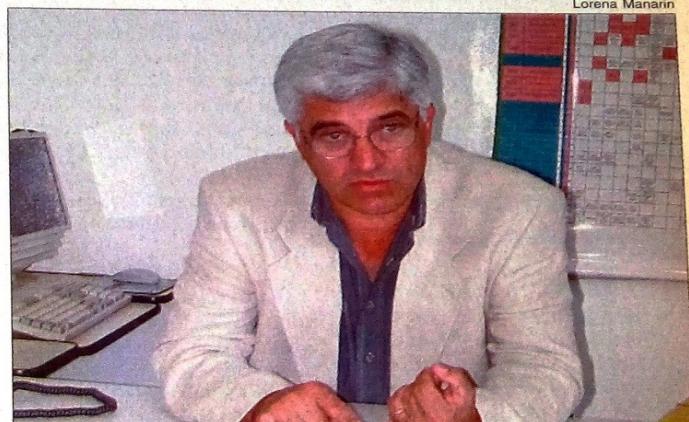
Figura 13: "Hospital São Marcos Quer Definir Futuro Junto com a Comunidade"

Hospital São Marcos quer definir futuro junto com a comunidade

O Hospital São Marcos de Cascavel acaba de completar 30 anos dedicados à saúde mental, mas alterações na legislação podem mudar sua atuação. Neste sentido, a comunidade está sendo convidada a discutir os rumos que a instituição deve tomar, já que as atividades estão ameaçadas de inviabilidade a curto prazo.

Caso o município descentralize os serviços, haverá redução de leitos e corte de verbas. Atualmente, o São Marcos já tem apresentado problemas no recebimento de AIHs (Autorização para Internamento Hospitalar). No mês de setembro, por exemplo, haviam 52 pacientes internados sem autorização.

"A comunidade pode dizer se quer a continuidade ou não do São Marcos", disse o diretor-presidente do hospital, psiquiatra Augusto Fonseca da Costa, lembrando que a instituição vive período de incertezas, pressões e cortes orçamentários. Ele disse também que o hospital, apesar de ser referência em nível nacional, é tratado de modo excludente pelo



Augusto Fonseca Costa: "É preciso uma ampla discussão".

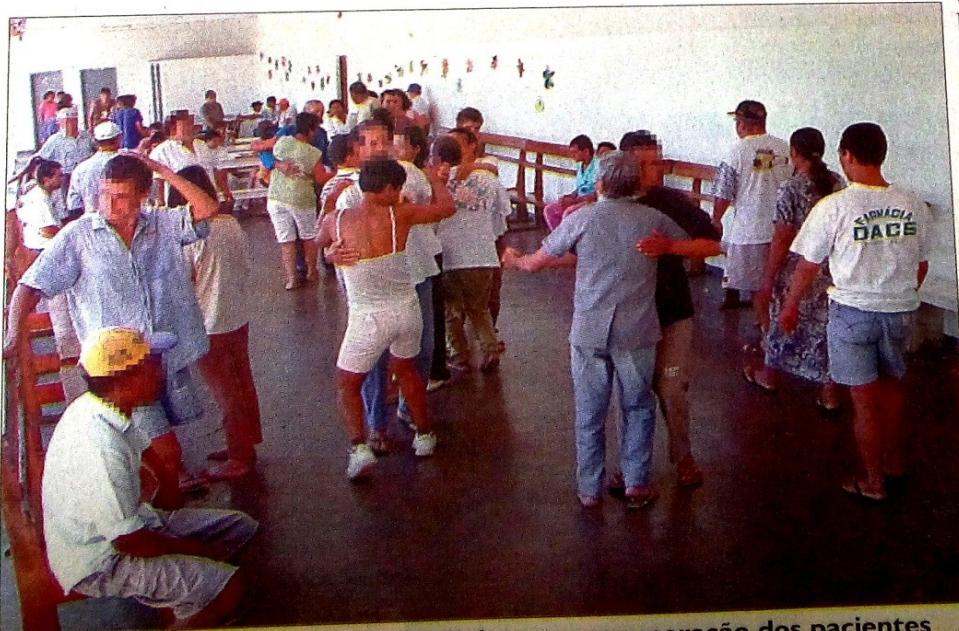
Conselho Municipal de Saúde de Cascavel nas discussões em torno da nova legislação. "Mudar o modelo de atendimento é vontade do Ministério da Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde e da Secretaria Municipal, mas existem pessoas que impedem o São Marcos de participar desta transformação", enfatizou, lembrando que os conselheiros precisam urgentemente definir que papel o hospital vai ocupar no

novo modelo.

AMPLA ATUAÇÃO

As portarias prevêem que os hospitais psiquiátricos passem a atuar de forma ampla, oferecendo serviços como qualquer outra casa de saúde, além de ser hospital-dia e hospital-noite. De acordo com Fonseca Costa, o conselho quer reduzir os leitos para deslocar verbas para financiar outros serviços. "Não se pode tirar verbas de um para cobrir outro", afirmou. O que o São Marcos propõe, disse o médico, é que com a mesma quantia que recebe hoje, possa prestar todos os tipos de atendimento a portadores de transtornos mentais,

"uma vez que já é referência positiva para a população".



Hospital oferece dezenas de atividades para recuperação dos pacientes

É interessante notar que a estratégia adotada pelo proprietário do Hospital São Marcos foi interpretada pelo Presidente do CMS da época, como estratégia de marketing. Neste sentido, observa-se que na matéria do dia 11 de outubro é divulgado e exaltado o trabalho realizado pela instituição. Já na reportagem do dia seguinte, após a população ter conhecido “o quanto é bom” o atendimento prestado pela instituição, é lançado o convite para a população participar e ajudar a decidir sobre o futuro do hospital psiquiátrico.

Assim, é plausível pensar que com toda esta informação e visão positiva que a sociedade poderia obter com o conteúdo da matéria, certamente defenderia a permanência do hospital. Ao mesmo tempo em que provocaria um descontentamento da população em relação ao poder público municipal. Analisando o conjunto das fontes, foi possível observar que o proprietário do HSM atingiu um dos seus objetivos: mobilizar a população a seu favor. A sociedade de um modo geral defendia e ainda defende o hospital psiquiátrico. Cabe destacar que o “convite” destinado a toda a população de Cascavel feito pelo proprietário do Hospital São Marcos ocorreu concomitante ao início da 5^a Conferência Municipal de Saúde.

Segundo Laerson Vidal, a 5^a Conferência Municipal de Saúde, realizada em 2001, foi marcada por uma série de eventos distintos de qualquer outra conferência municipal de saúde. Em suas palavras:

[...] No mesmo ano, creio que foi em 2001 mesmo, nós tivemos uma conferência municipal de saúde e por conta do interesse que girava em torno desse plano, em interesse particular do dono do hospital São Marcos, Dr. Augusto. Então essa conferência de saúde foi uma conferência assim, marcada por fatos muitos distintos de todas as outras, uma conferência que foi o maior em número de delegados, foi uma opção dos organizadores, exatamente pra fortalecer o controle social, no debate da política de desospitalização que ia ser abordada naquela conferência, e era esse processo de desospitalização que mobilizada o dono do hospital contra a aprovação do plano municipal de saúde. (VIDAL, Laerson, 2014).

Ao observar as fontes pode-se concluir que a 5^a Conferencia Municipal de Saúde possuiu suas especificidades. Embora não tenha encontrado registros sobre este evento, nas falas dos depoentes fica evidente o quanto ela foi conturbada. Na visão do ex-proprietário do hospital, esta conferência foi importante para esclarecer alguns pensamentos existentes sobre a saúde mental e a assistência psiquiátrica prestada pela instituição. De acordo com este depoente,

[...] Uma vez que teve uma conferência municipal de saúde mental e lá no primeiro dia o presidente da conferência disse que os hospitais psiquiátricos maltratam os pacientes. Eu estava lá e falei olha, pera lá! O único hospital

psiquiátrico que tem aqui na região é o nosso, eu não estou sabendo de nenhum mau-trato lá dentro, mas eu posso estar enganado, nós vamos trazer aqui amanhã pessoas qualificadas para dizer se tem ou não tem maus-tratos. Fretamos uma meia dúzia de ônibus, levamos os pacientes lá dentro dessa conferência e os pacientes foram lá dar o testemunho e disseram que estavam sendo bem tratados que nunca foram maus-tratados, e eu me abstive de dar opinião porque a minha opinião pode ser comprometida, pode ser suspeita porque eu era o diretor do hospital. Eu levei os próprios pacientes lá, desmoralizou a crítica. Mas isso foi feito dezenas de vezes e mesmo assim não adiantou nada, até que aí a equipe cansou e deu no que deu, a gente saiu, fechou o hospital, deixamos de atender 2400 pacientes por ano e até hoje não se sabe de uma solução real que tenha sido implantada pelo ministério da saúde. (COSTA, Augusto, 2016)

Na perspectiva do então diretor do CMS, o que o proprietário do Hospital São Marcos fez foi tumultuar a Conferência. Para Vidal (2014), este evento seria o norteador do desenvolvimento da saúde mental em Cascavel e, como o psiquiatra não queria o fechamento da instituição, para tentar evitar que ocorresse o debate sobre a reforma psiquiátrica, ele organizou uma “caravana” de representantes do HSM para se dirigirem até a Conferência. Nas palavras de Laerson Vidal:

[...] A conferência foi invadida, ao meio, quando começou o assunto pararam cinco ônibus na frente da Unioeste desceram familiares, funcionários todos uniformizados entraram pra dentro da conferência com palavras de ordem em defesa do hospital São Marcos e eu era o presidente do conselho e coordenador do conselho e a gente teve que ser duro, expulsamos eles literalmente expulsos. Com os conselheiros, os membros da conferência todos se insurgiram contra eles a gente deixou eles se manifestarem, depois deu a palavra para o Dr. Augusto e depois expulsou eles, porque a conferência era somente para delegados e ameaçando inclusive chamar a força policial. Aí eles se retiraram, então chegamos aí a esse extremo, mas obviamente que ele estava defendendo os interesses dele e nós os nossos, nossos interesses da sociedade. (VIDAL, Laerson, 2014)

Entretanto, é importante ressaltar que este acontecimento é perfeitamente compreensível para a época. Pois na visão de boa parte dos doentes mentais e seus familiares, o hospital psiquiátrico se colocava como a única alternativa para o tratamento. Para eles, o fechamento de uma instituição psiquiátrica hospitalar representaria o fim da assistência e abandono dos doentes mentais por parte do Estado. Este discurso deve ter sido amplamente difundido pela equipe da instituição psiquiátrica e pelos donos de hospitais psiquiátricos de um modo geral. De acordo com Laerson Vidal, o proprietário do HSM organizou uma ONG³⁹

³⁹ Não foi encontrado nenhum documento que fizesse referência a esta ONG, como também, não há nenhuma menção a ela no depoimento de Augusto da Costa, nem de outros depoentes, jornais ou atas do CMS.

formada por familiares, usuários e trabalhadores da saúde mental, cujo objetivo era defender o hospital psiquiátrico.

O discurso difundido, segundo Laerson Vidal (2014) era o do abandono aos doentes mentais. Dizia-se aos familiares que ““se fechar o hospital seu filho vai ficar na rua, você vai ficar em casa”, então ele aterrorizava as famílias, que ficavam com medo de não ter onde colocar os seus parentes, os seus familiares que precisassem de leitos psiquiátricos.” De acordo com Foucault (2006), o hospital psiquiátrico ajudou a produzir o saber médico e, este por sua vez, produz poder. Assim, pode-se considerar que o proprietário do Hospital São Marcos, utilizou-se desse saber/poder para atingir seus objetivos. Pelo menos, temporariamente surtiu resultados positivos, uma vez que a instituição encerrou as atividades dois anos depois.

Não obstante, em 2001, ainda não existia outra forma de assistência psiquiátrica se não o modelo hospitalocêntrico. Sendo assim, o discurso de desassistência difundido para a sociedade não estava totalmente errado, porque até então não havia o atendimento em Rede. Neste mesmo ano, iniciaram-se às discussões sobre a reorganização da saúde mental e foi dado o pontapé inicial para a elaboração do Plano Municipal de Saúde Mental.

A possibilidade do fechamento da única instituição psiquiátrica assustava toda a população. Segundo Laerson Vidal, o Conselho Municipal de Saúde e os conselheiros que conduziram o debate passaram a ser mal vistos pela sociedade. Em suas palavras:

Me arrisco a dizer que logo após o fechamento do hospital nós éramos mal vistos na sociedade, principalmente por alguns familiares de pessoas que precisavam do leito hospitalar psiquiátrico, mas eu me atrevo a dizer que hoje a gente vendo pessoas perambulando pela rua, convivendo em festas, jogos de futebol, ou morando em lar abrigado com a qualidade de vida muito superior a que eles tinham, eu me atrevo a dizer que hoje apesar de esquecido quem é que dirigiu o processo, eu acho que o comportamento das famílias não seria tão rude com os conselheiros, os 24 conselheiros que aquela época aprovaram o Plano de Saúde Mental, que aprovaram a desospitalização e culminou na verdade com o fechamento do hospital São Marcos, eu me atrevo a dizer isso, mas é apenas empírico, uma impressão que eu tenho. (VIDAL, Laerson, 2014)

Como poder público, a Prefeitura Municipal de Cascavel deveria fazer o que estava preconizado nas diretrizes publicadas pelo Ministério da Saúde. A Conferência Municipal ocorreu para legitimar as medidas que seriam tomadas em âmbito municipal sobre a saúde mental. Segundo Laerson Vidal, a maioria da população cascavelense acatou as ideias propostas para o direcionamento da saúde mental no município. Entretanto, houve os dissidentes e ocorreram manifestações contrárias à aprovação. Nas palavras do depoente:

[...] Quem se insurgiu foi aqueles que foram digamos assim, induzidos a acreditar que fechamos o hospital pra que não tivesse atendimento algum, pelo dono do hospital que era o maior interessado, o que é uma defesa legítima dele, ele é um empresário, então ele vai defender o interesse econômico dele. (VIDAL, Laerson, 2014).

De acordo com o conteúdo da matéria, publicada em 12 de outubro de 2001, o Hospital São Marcos estava tendo problemas com a autorização das internações. Segundo o Jornal O Paraná, em setembro daquele ano havia tido 52 internações sem autorização. Na perspectiva do Promotor de Saúde Pública, as internações sem autorização eram uma prática comum dos hospitais psiquiátricos privados e realmente eram um grande problema, pois a partir destes internamentos sem autorizações, o hospital acabava criando uma reserva de clientela.

[...] dentro dos problemas que começaram a aparecer, foram o glosamento de diversas AIH para o hospital justamente porque ele possuía um sistema de reserva de clientela. Explico, era uma prática constante em quase todos os hospitais psiquiátricos nos Brasil. O São Marcos não era diferente. Como a procura era maior do que o número de leitos e ali tinha cerca de 330, 340 leitos registrados, ele internava uns 10% a mais do que isso para poder sem cobrar a mais do sistema público, para que no momento em que ele desse alta a alguns dos pacientes que estavam lá e sempre dava essa alta, ela correspondia mais ou menos 10%, 15% ao mês. Ou seja, ao final de cada 30 dias havia uma renovação natural de pacientes do Hospital São Marcos e aí então formalizava a internação de pacientes que já estavam lá dentro. Eram pacientes quase todos eles cronificados e que tinham um tratamento como moradores, residentes daqueles hospitais, eram pacientes institucionalizados. Começamos então todos os serviços que militavam com a área de saúde mental a bater em cima dessa tecla e a discutir junto aos conselhos municipais, conselho estadual de saúde esta situação vedando que o hospital psiquiátrico, o Hospital especializado e no caso o São Marcos também, vedando que eles mantivessem essa clientela de espera que não tinha previsão legal, porque o internamento não poderia acontecer e que fazia gerar uma clientela já preparada. Essa “Reserva de pacientes” que os hospitais mantinham atendia bem o interesse da política pré-antimanicomial, porque acabava atendendo um número maior de indivíduos do que aqueles que necessariamente seriam pagos pelo sistema público de saúde. Mas, por outro lado, ela transformava a porta de entrada do hospital no próprio hospital, isso criava e criou com o Hospital São Marcos um conflito muito sério, porque na medida em que ele mantinha esta reserva, ele também determinava quais seriam os pacientes que seriam internados e uma das condições da política manicomial era e é justamente de que quem determina o internamento do paciente a priori é a atenção primária em saúde [...] A política antimanicomial veio justamente para evitar que os serviços especializados pudessesem fazer a própria administração da sua clientela, internando quem quisesse pelo tempo que quisesse, ainda que tivesse um tempo determinado para duração da internação. Na medida em que eles mantinham essa espécie de clientela em aberto, recebiam do atendimento de

forma oficiosa. Eles na verdade, davam alta, mantinham esse indivíduo por um mês ou dois recebendo atendimento. Porém, não custeado pelo sistema público e depois reinternavam e com isso não conseguia combater nem controlar as institucionalizações. Volto a repetir, essa era uma medida que antes da política antimanicomial atendia o próprio anseio que se pretendia ser do tratamento psiquiátrico, mas pós-política antimanicomial ela passou a ser indesejável. (MAZZUCHI Ângelo, 2017)

Na visão do ex-proprietário do Hospital São Marcos, esta prática era tida como um ato de solidariedade, porque eles internavam o paciente, mesmo sem ter vaga e, depois quando liberava uma vaga eles o colocavam legalmente no sistema de internamentos. Entretanto, cabe destacar que esta prática era comum em diversos hospitais psiquiátricos privados e para o modelo de assistência psiquiátrica com o viés institucional. Portanto, não se configurava como uma prática ilegal e sim como uma prática sem resolutividade no tratamento de saúde mental da perspectiva da política antimanicomial.

Para o Promotor de Saúde Pública de Cascavel, o HSM dentro do modelo hospitalocêntrico realizava um bom atendimento. Segundo ele, não foram encontradas irregularidades graves em relação aos internos, como aquelas que motivaram a luta antimanicomial. Ao ser indagado sobre a qualidade dos serviços prestados pelo Hospital São Marcos, o promotor afirma que,

A vigilância sanitária esteve a pedido dessa promotoria diversas vezes entre 2001 e 2003 no hospital, nenhuma ocasião foi encontrado algo realmente sério em manejo dos pacientes ou de espaço para os pacientes, dentro das condições. O que encontrou foram falhas porque era uma estrutura antiga e ela não preenchia com os regulamentos hospitalares modernos, isso a vigilância sanitária encontrou naquele hospital e encontrou e encontra em todos os hospitais no Brasil, são prédios antigos e a modernidade sanitária vai se tornando mais exigente e esses prédios vão se tornando cada vez mais degradados. Portanto, eles precisam de mais aporte financeiro, e o hospital psiquiátrico em si estava recebendo o contrário, menos aporte financeiro, mas mesmo assim não se encontrou condição de encarceramento, de maus-tratos, de pacientes lesionados, de uso abusivo de terapias invasivas, não se soube em nenhum momento, por exemplo, de uso de eletrocompulsão, o que parece ser uma terapia admissível ainda hoje, admissível e com bons resultados na medicina psiquiátrica, ela é utilizada em casos muito específicos, com uma supervisão, com sedação. Enfim, não se pode banir uma técnica que encontrou seu espaço em alguns casos em específicos, o problema é que na política antimanicomial ela era utilizada de um modo geral para pacientes cronificados, isso não foi encontrado no São Marcos, nenhuma das ocasiões durante dois anos que esse promotor acompanhou o Hospital. Também não foram encontrados pacientes sem documentação, coisa que era muito comum em outros hospitais, pacientes cuja permanência no hospital se cronificavam e porque tinham entrado, sido recolhidos da rua, sem nenhum documento, sem nenhum documento permanecendo pro resto da vida, isso nós não encontramos. Encontramos pacientes que foram

identificados, com identificação civil possível, nem sempre é o ideal mas é o possível, também não encontramos pacientes sem avaliação diagnóstica atualizada, não me recordo de nenhum caso pelo menos que tenha chegado à promotoria sem atualização diagnóstica. Os pacientes eram avaliados por psiquiatras, não só o proprietário era psiquiatra, mas ele tinha outros psiquiatras na sua equipe e eles eram regularmente avaliados. O que nós encontramos lá foi a cronificação, mas isso é inerente ao próprio hospital [...]. Portanto sim havia institucionalização e como eu lhe disse não era um número tão pequeno, chegava a cerca de 10% da população atendida naquele hospital ou das vagas daquele hospital, mas cerca de 10% de vagas eram ocupadas sim por pacientes institucionalizados, não vejo que isso fosse um defeito daquele hospital, isso era um defeito do sistema que focava o atendimento psiquiátrico em hospitais institucionais, hospitais especializados. (MAZZUCHI, Ângelo, 2017)

O maior problema do HSM, conforme o próprio promotor, era a institucionalização do paciente, a cronificação decorrente do modelo hospitalocêntrico condenado pela lei antimanicomial. Além disso, há de convir que em certos casos, há conivência das famílias com a internação até por não saber lidar com a situação, como veremos no próximo capítulo. Todavia, vale lembrar que no formato de assistência em Rede, o SUS também não consegue atender à própria lei e demanda dos pacientes.

Outro ponto da reportagem que quero chamar a atenção é sobre o trecho que diz que “os conselheiros precisam urgentemente definir que papel o hospital vai ocupar no novo modelo” (O PARANÁ, 12/10/2001). Em diversos documentos é visível esta preocupação do proprietário do HSM em se reestruturar para se manter ativo e inserido dentro da reforma psiquiátrica, ele não queria ficar fora da mudança.

Na reunião do Conselho Municipal de Saúde no dia 15 de outubro de 2001, a Secretaria Municipal de Saúde, sinalizou a possibilidade de estabelecer parcerias com o Hospital São Marcos para a implantação do programa municipal de saúde mental.

Sobre a discussão da saúde mental, a Sra. Lilimar Regina Nadolny Mori colocou três questões. A primeira de que a implantação desse programa teria que ser feita por uma equipe de técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, e que a equipe convidaria pessoas para colaborar quando isso fosse necessário. E que pensando na necessidade de convidar pessoas de fora, porque não contar com aquelas que tinha experiência na área. Dessa forma, o Hospital São Marcos, assim como o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná – CISOP e a Unioeste, poderiam ser convidados a participar como colaboradores, quando a equipe entendesse ser necessário. A segunda questão, foi de que as propostas apresentadas na 5ª Conferência Municipal de Saúde seriam elaboradas pela Secretaria Municipal de Saúde. E finalmente, que as propostas teriam que ser nos valores do Sistema Único de Saúde – SUS. O Sr. João Luiz de Araújo disse que levando em conta toda essa problemática, deveriam estar atentos a todas as propostas que vinha ao Conselho Municipal de Saúde. Em seguida, o Sr. Laerson Vidal Matias

informou que havia um pedido da Regional de Saúde para inclusão na pauta. (Ata da 51^a Reunião do CMS, 15/10/2001).

Como se pode notar, a Secretaria Municipal de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde vinham realizando debates com diversos setores da sociedade.⁴⁰ Assim, pode-se observar que havia o interesse de um trabalho em conjunto, até porque a reforma psiquiátrica não nega existência e necessidade de leitos psiquiátricos. Entretanto, como já observamos, não houve entendimento entre as partes e mesmo contrariando a vontade do poder público municipal, o proprietário do Hospital São Marcos não aceitou as condições impostas à instituição, como por exemplo, a descentralização dos atendimentos psiquiátricos e a perda do controle sobre os internamentos e resolveu encerrar o atendimento.

A partir da realização da 5^a Conferência Municipal de Saúde, originaram-se algumas propostas para a elaboração de um plano para a saúde mental no município. Desta forma, no mês seguinte, o Conselho Municipal de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde, retornaram à reunião do CMS no dia 19 de novembro de 2001 para falar sobre a formação da equipe que iria compor a Comissão de Colaboradores para elaborar o Projeto Municipal de Saúde Mental. Segundo a ata da reunião, aquela data, 19 de novembro, seria a data limite para enviar nomes para compor a comissão. Durante a reunião foi apresentada a proposta inicial do plano e, ao final, precisariam montar a comissão para dar os primeiros encaminhamentos.

De acordo com a ata, a apresentação do projeto foi rápida e posteriormente, abriu-se para os questionamentos. O primeiro questionamento veio de uma representante do Hospital São Marcos sobre os leitos que seriam destinados ao Hospital-Dia. Segundo este documento:

A Sra. Andréa Maria Rigo Lise esclareceu que seriam destinados quinze leitos para pacientes de oito horas e quinze leitos para pacientes de quatro horas no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. A Sra. Patrícia Gomes de Souza disse que os papéis do CAPS, NAPS e Hospital-Dia ficariam mais definidos se estivessem separados. [...] O Sr. Luiz Amélio Burgarelli parabenizou a equipe pelo projeto e, fez algumas colocações. Primeiro que se o sistema foi ampliado, ele vai onerar muito mais. Segundo, que seu ponto de vista, não havia preparo por parte dos plantonistas para atendimento a pacientes psiquiátricos no Pronto Socorro. E finalmente, que o atendimento de segunda a sexta-feira provocaria uma quebra no tratamento dos pacientes. A Sra. Andréa Maria Rigo Lise esclareceu que os pacientes que teriam

⁴⁰ Em relação ao Hospital Universitário, ligado à Unioeste, está em funcionamento uma reserva de 17 leitos para internamentos de crianças e adolescentes dependentes de álcool e drogas. O atendimento só se iniciou após uma ação judicial promovida pela promotora de saúde pública de Cascavel contra o HUOP. Quanto ao CISOP – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná, juntamente com a Regional de Saúde possui o SIM-PR – Serviço Integrado de Saúde Mental. O SIMPR é formado por um CAPS AD III – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – com funcionamento 24 horas e duas unidades de acolhimento: adulto e infantil. Sobre este assunto tratarrei com mais detalhes no quinto capítulo.

atendimento de segunda a sexta-feira, seriam aqueles que não necessitariam de internação psiquiátrica. No caso dos pacientes que necessitassem de internação e cuidados todos os dias, seriam encaminhados para o Hospital Psiquiátrico. Disse ainda, que não havia sido pensado em clínica no Pronto Atendimento. A ideia era de realizar uma capacitação devagar, permanente e continuada. Disse que atualmente se gasta bastante com tratamento psiquiátrico integral, mas que pretendem reverter um pouco desse gasto para outro tipo de serviço. [...] (CMS, Ata da 52^a Reunião Ordinária, 19/11/2001).

De acordo com a ata supracitada, no início do debate havia as pretensões de oferecer uma capacitação contínua aos profissionais de saúde que atuariam com o atendimento psiquiátrico. Segundo Dias (2008), um dos primeiros passos dessa reorganização foi oferecer curso de formação para os trabalhadores que atuariam com os doentes mentais, pois logo se percebeu que havia uma “inadequação dos recursos humanos” e, para a autora, o despreparo dos profissionais colocaria em risco o desenvolvimento da reforma psiquiátrica. Na perspectiva da autora:

A coordenadora da equipe de saúde mental municipal organizou o I Curso e Formação em Saúde Mental com ênfase em reabilitação psicossocial para as equipes das Unidades Básicas de Saúde (agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem e, posteriormente, para enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e médico). [...] O objetivo desse curso foi instrumentalizar as equipes para a assistência nesse novo modelo, pois a transformação não se passa somente na troca do modelo, mas, principalmente, na transformação da atuação dos profissionais envolvidos com a questão da saúde mental. Diante dessa situação, as aulas práticas foram todas deslocadas para a comunidade, não só em grupos reunidos pelo docente e nas famílias, mas, principalmente, nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs). (DIAS, 2008, p. 13).

Entretanto, 16 anos após, esta formação continuada aos profissionais não é oferecida de forma contínua pelo poder público, pois para um das pessoas entrevistadas⁴¹, “faz bastante tempo que a gente não tem cursos oferecidos pela prefeitura, se o profissional quiser ele tem que ir atrás”. Segundo os depoimentos, o profissional que deseja se qualificar e se especializar em saúde mental, o faz por conta própria, sem nenhuma ajuda de custo ou liberação em horas trabalhadas.

Um dos conselheiros presentes no debate do dia 19 de novembro de 2001, perguntou sobre as parcerias com o setor privado, se estas eram só para os leitos psiquiátricos. Para a Secretaria Municipal de Saúde o projeto estava adequado às normas, sendo encaminhado seguindo as prerrogativas da Lei N° 10.216/01. De acordo com a legislação vigente em saúde

⁴¹ Optei por não citar o nome do depoente que fez esta fala, por considerar que o seu conteúdo possa lhe trazer algum prejuízo profissional no futuro.

mental, “a implantação dos Serviços deve ocorrer em hospitais gerais, preferencialmente de natureza pública ou filantrópica, sendo também desejável a sua utilização como espaços de atuação docente-assistencial.” (BRASIL, 2001, p. 114).

As discussões realizadas nesta reunião estavam na fase inicial. Neste sentido, verifica-se que existiam muitas dúvidas sobre como iriam se desenvolver os serviços de atendimento em Rede. Ao analisar o documento, observa-se que nos debates iniciais da elaboração no Plano Municipal de Saúde não havia a exclusão do Hospital São Marcos, pelo contrário, a instituição psiquiátrica fazia parte da organização do atendimento. Todavia, alterava-se a lógica de seu funcionamento, pois o Hospital era apontado como suporte oferecido para os doentes mentais que necessitassem e não mais como o cerne do tratamento psiquiátrico.

As prerrogativas contidas na Legislação em Saúde Mental apontam para que seja dada a preferência ao setor público para a implantação dos serviços substitutivos. Contudo, não eliminam a possibilidade de se estabelecer parcerias entre o setor público e o privado. Neste sentido, após um ano do debate sobre a reorganização da saúde mental ter se iniciado, no dia 13 de novembro de 2002, o diretor clínico do HSM apresentou a proposta de implantação do Hospital Dia ligado à sua instituição. De acordo com o registro dessa ata:

O Sr. João Luiz de Araujo disse que a proposta de Hospital-Dia seria apresentada pelo Hospital São Marcos. O Sr. Lúcio Araripe de Abreu e Lima, Diretor Clínico do Hospital São Marcos, agradeceu a oportunidade e disse que essa proposta de Hospital Dia para Cascavel era baseada na experiência que tinham. Foram incumbidos de promover esse projeto, visitando uma série de Hospitais Dia em todo o Brasil e adaptando a ideia para a estrutura que existia no Hospital São Marcos e anexa ao mesmo. [...] Colocou que essa proposta era um pouco diferente de algumas que tinha visto pelo Brasil. E deixou a ideia de que o Conselho poderia, no processo que o Hospital São Marcos tinha em mente, propor a Prefeitura o credenciamento de vinte leitos para Hospital Dia no anexo ao Hospital São Marcos. Disse que esses leitos não implicariam em maior despesa, pois iriam desativar vinte leitos normais de internação, ou seja, seria uma troca de vinte leitos de internação por vinte leitos de Hospital Dia. E que durante esse processo, os conselheiros visitassem alguns hospitais dia, em cidades próximas a Cascavel, como Londrina e Curitiba. Disse que tinha plena certeza de que esse projeto estava alicerçado, não apenas para abrigar o paciente por algumas horas do dia, dar medicação e cuidado, mas reabilitá-lo para que ele pudesse exercer uma profissão, pois acreditavam que só poderia haver reintegração social se houvesse reintegração laborativa. Apresentou a prática terapêutica-méios, a equipe técnica, de acordo com a Portaria 224/MS, os critérios para admissão dos pacientes, o funcionamento e as instalações. Frisou que o Hospital Dia não iria funcionar no corpo do Hospital São Marcos, mas que estavam reformando um espaço anexo ao Hospital, inclusive, com entrada por outra rua. No entanto, a Vila dos Ofícios seria utilizada, também pelos pacientes do Hospital São Marcos. Apresentou ainda, a rotina básica de funcionamento e concluiu dizendo que

pretendiam divulgar amplamente, a implantação desse serviço para que houvesse uma expectativa sadia em relação ao Hospital Dia e não que viessem a pensar que ele resolveria todos os problemas. Disse que teria apenas vinte vagas destinadas a uma clientela específica de psicóticos. Agradeceu a oportunidade e se colocou a disposição para receber e explicar com mais detalhes o plano terapêutico a qualquer conselheiro que quisesse visitar as futuras instalações do Hospital Dia. (CMS, Ata da 8ª Reunião Extraordinária, 13/11/2002).

A Portaria Ministerial Nº 224 de 29 de janeiro de 1992 regulamentou o funcionamento de todos os serviços de saúde mental, estabelecendo normas e proibindo práticas, além de definir como corresponsáveis as esferas estaduais e municipais para complementação da verba dos serviços de saúde mental. Este texto foi compreendido como a regra mínima a ser cumprida em todas as regiões do Brasil. Segundo a Portaria nº 224 do Ministério da Saúde,

1.1 A instituição do hospital-dia na assistência em saúde mental representa um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que desenvolve programas de atenção e 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 segunda-feira a sexta-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, salas de refeições, área externa para atividades ao ar livre e leitos para repouso eventual. Recomenda-se que o serviço do 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 de 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 níveis 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-1 para o 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 habitantes, 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.(BRASIL, 1990-2004, p. 246).

No entanto, a proposta de Hospital-Dia apresentada e discutida no Conselho Municipal de Saúde no dia 13 de novembro de 2002, gerou um amplo debate entre os conselheiros presentes, diretor clínico do Hospital São Marcos e o Promotor de Saúde Pública Ângelo Mazzuchi. De acordo com a ata desta reunião, o projeto proposto pelo HSM parecia não estar de acordo com o novo modelo que estava sendo estabelecido.

Na ocasião, o Presidente do Conselho inqueriu o diretor clínico do HSM sobre como seria o funcionamento do Hospital Dia, tendo em vista que na proposta apresentada não havia nada de concreto. Desta forma, o primeiro questionamento referiu-se a sua localização, pois segundo o presidente do Conselho, de acordo com a portaria nº 224/MS, este tipo de serviço deveria situar-se em área distinta ao hospital psiquiátrico. Para o diretor clínico do HSM, o hospital dia funcionaria em anexo a instituição, porém o acesso à porta de entrada ficaria na rua ao lado. Nas palavras do diretor clínico expressas na Ata:

[...] O Sr. Lúcio Araripe de Abreu e Lima disse que o Hospital Dia era anexo ao Hospital São Marcos, mas era na outra rua. Que a Vila dos Ofícios e a horta era um grande espaço de propriedade do dono do Hospital. Que essa área não pertencia totalmente ao Hospital, mas era utilizada por ele. Disse que a Vila dos Ofícios era utilizada pelo Hospital durante um período e no outro período, ficava fechada. A horta era um grande espaço onde cabiam até cem pacientes, que o técnico agrícola estava à disposição e tinha muitas horas sobrando. O Sr. João Luiz de Araujo perguntou se o Hospital Dia estava sendo construído. O Sr. Lúcio Araripe de Abreu e Lima disse que iriam adequar um imóvel fora da área do Hospital para a recepção e salas. E para as atividades laborativas, iriam utilizar a grande área do Hospital São Marcos. que a proposta de credenciamento do Hospital ainda não havia sido detalhada e encaminhada a Prefeitura. Disse que a Prefeitura iria seguir as obrigações do Hospital, diante da Portaria 224/MS ou da 351/MS, onde seria avaliada toda a instalação. Que existia um imóvel que estava sendo reformado e preparado para isso e seria submetido a avaliação da Vigilância Sanitária, mas que essa área não era no corpo do Hospital São Marcos e nada tinha a ver com o Hospital. (CMS, Ata da 8ª Reunião Extraordinária de 13/11/2002).

De acordo com a entrevista realizada com os ex-proprietários do Hospital São Marcos, a “Vila dos Ofícios” era um projeto desenvolvido pela instituição com o objetivo de reintegrar

o paciente ao mercado de trabalho. Segundo os depoentes, este espaço era utilizado pelos internos do hospital para realizar várias oficinas para que eles aprendessem a desenvolver algum tipo de trabalho e depois, pudessem retornar ao convívio social e familiar. Na perspectiva do projeto proposto, pacientes do Hospital-Dia e do hospital psiquiátrico utilizariam os mesmos espaços, porém, em períodos distintos, de modo que não estabeleceriam contatos uns com os outros.

Seguindo os questionamentos contidos na Ata da reunião do dia 13 de novembro de 2002, outra questão que não havia ficado clara e que os conselheiros solicitavam esclarecimentos era sobre como iria funcionar o cronograma da “Vila dos Ofícios”, tendo em vista que este era um espaço pertencente ao Hospital São Marcos e utilizado diariamente pelos internos, bem como os espaços destinados a terapia ocupacional. Segundo o documento, em resposta a este questionamento, o diretor clínico disse,

[...] Que essa área do Hospital São Marcos pertencia ao dono do Hospital e ela era cedida, que a Vila dos Ofícios era sub utilizada pelo Hospital São Marcos, mas que durante um período do dia ela não funcionava. Então, teriam no período da manhã a utilização da Vila dos Ofícios e no período da tarde a utilização de atividades hortigranjeiros e isso era separado do Hospital São Marcos, não haveria mistura dos pacientes agudos com os pacientes do hospital dia. Disse que a própria Prefeitura, quando iniciassem o processo de credenciamento iria verificar isso. Que nesse momento, estavam expondo a ideia e comunicando ao Conselho. Pois haviam solicitado a Prefeitura a possibilidade de credenciar vinte leitos de Hospital Dia que seriam subtraídos aos vinte leitos do hospital, não tendo dessa forma, aumento de despesas, pois o Hospital diminuiria a capacidade de leitos para internação e ficariam vinte leitos destinados ao Hospital Dia. (CMS, Ata da 8^a Reunião Extraordinária de 13/11/2002)

No debate realizado nesta reunião do Conselho a proposta apresentou sérios problemas aos olhos dos participantes da discussão. Segundo os questionamentos levantados pelo Promotor de Saúde Pública de Cascavel, o Hospital-Dia não poderia ser em anexo ao hospital, pois de acordo com a legislação esta modalidade de atendimento deveria ser distinta das formas de tratamentos oferecidas em um hospital especializado, tendo como um dos objetivos a desinstitucionalização e minimizar o estigma sofrido pelo doente mental. Para o promotor de saúde pública se o Conselho aprovasse essa proposta estaria em desacordo com a lei, retrocedendo no debate sobre a saúde mental no município.

O Sr. Ângelo Mazzuchi Santana Ferreira, Promotor de justiça da área de saúde pública, trouxe alguns questionamentos de ordem legal, uma vez que era uma imposição da previsão legal de algumas condições que se não

obedecidas, estariam sujeitas a uma pendenga judicial que pretendiam evitar. A primeira era sobre o local que foi apresentado. Disse que o local era o mesmo, apenas a entrada seria por outra rua. Disse que o Conselho deveria saber que a vontade do legislador e a política de saúde mental, previa na lei que o local deveria ser distinto, justamente porque o elemento que conduzia essa posição era o princípio de reinserção social e a retirada do estigma que caracterizava o hospital psiquiátrico para o paciente. Tanto a manutenção do Hospital Dia dentro da mesma área, a utilização de dispositivos comuns, como no caso da Vila de Ofícios, dentre outros, caracterizava mesmo local. E mesmo que se imaginasse uma construção a ser realizada, dentro daquela área, o que teriam era apenas uma construção dentro do mesmo local. Disse que não estava falando exclusivamente, em prédios e salas, mas de local geográfico que era de tal maneira próximo e que iria ferir o objetivo principal da lei que era de desvincular essa ideia de hospital psiquiátrico com o de Hospital Dia. Em segundo lugar, foi colocado que a equipe seria a mesma, que haveria o aproveitamento da equipe, ou seja, foi colocado e em dado momento foi dito de forma diferente, justamente, para que não tivessem o mesmo trabalho prestado de forma diferente. Disse que o primeiro objetivo a ser atingido era dar ao paciente, num tratamento auxiliar, a possibilidade de não ser atendido num hospital psiquiátrico e não ser atendido pela mesma equipe. Em terceiro lugar, disse que isso feria também, o objetivo primário da lei, no momento em que se pretendia diversificar o atendimento, criando possibilidades de atendimento não em hospital psiquiátrico e usando essa argumentação. Disse que a lei definia que para cada criação de um leito no Hospital Dia deveria ser diminuído um leito no hospital psiquiátrico. Mas o que estava sendo feito era a criação de leitos que seriam destinados para pacientes do hospital psiquiátrico num hospital dia que, na verdade, seria uma outra ala do hospital psiquiátrico, maqueado de Hospital Dia. Disse que se o Conselho referendasse essa proposta estariam dando um passo atrás. E o Ministério Público se posicionava totalmente contra a proposta apresentada, porque ela feria o dispositivo legal e não preenchia aquilo pelo qual estavam lutando. (CMS, Ata da 8^a Reunião Extraordinária de 13/11/2002).

Para o Promotor de Saúde Pública, a principal questão relativa à proposta do Hospital-Dia apresentada pelo diretor clínico do HSM seria a localização. Em sua visão, expressa no documento, o principal objetivo dessa modalidade de assistência era a retirada do paciente de dentro do hospital, mas a preocupação não diz respeito apenas à questão geográfica, pois refere-se também à imagem historicamente construída sobre o hospital psiquiátrico. O estigma, mencionado pelo Promotor, que o interno em um hospital psiquiátrico carrega, remonta elementos que se referem aos hospitais que começam a ser constituídos no fim do século XIX. Os hospitais tinham como um dos objetivos manter distantes os alienados, para que eles não “contaminassem” a sociedade sadi, pois eram vistos como loucos, anormais e poderiam perturbar a ordem social.⁴²

⁴² Sobre o tema cf: CUNHA, 1986; ENGEL, 2001; OUYAMA, 2006; WADI, 2002.

Para o Diretor clínico do Hospital São Marcos, o promotor de saúde e os conselheiros estavam distorcendo a lei, pois segundo ele, existia apenas uma medida provisória que orientava que o Hospital-Dia deveria ser preferencialmente em local distinto do hospital psiquiátrico e não obrigatoriamente. Nas palavras do diretor geral do HSM, não havia nada incoerente em implantar o hospital dia em um espaço anexo ao hospital psiquiátrico, pois era preciso levar em consideração a qualidade e questão ética dos profissionais. Além do mais, para o diretor clínico todos os hospitais tinham ambulatório e negar o direito de um hospital psiquiátrico criar o seu serviço diferenciado era também uma questão de estigma com a psiquiatria. (CMS, Ata da 8^a Reunião Extraordinária de 13/11/2002).

Todavia, o Presidente do Conselho e os conselheiros presentes nesta reunião, consideraram que o envio desse assunto para deliberação do Conselho foi um engano, pois naquela ocasião deveria apenas ocorrer a apresentação do projeto de Hospital-Dia. A Presidente do Sindicato dos Hospitais e Estabelecimentos de Saúde do Oeste do Paraná, presente na reunião do dia 13 de novembro de 2002 do CMS afirmou que,

[...] se a intenção nacional era de transformar o hospital psiquiátrico em hospital dia, para diminuir os custos e internamentos, porque não dar uma oportunidade para o Hospital São Marcos que já estava a muitos anos fazendo psiquiatria em Cascavel e resolvendo os problemas psiquiátricos, transformar-se lentamente em Hospital Dia. Disse que ele merecia essa oportunidade e se o papel do conselho era deliberar, que deliberassem a favor. Disse que não cabia ao Conselho verificar as condições isso caberia a uma fiscalização posterior. Disse que como presidente do Sindicato dos Hospitais e Estabelecimentos de Saúde do Oeste do Paraná, tinha que defender essa instituição que a anos vinha fazendo psiquiatria em Cascavel. Que a sua proposta era que votasse favoravelmente e depois seriam verificadas as condições para saber se teria ou não condições de funcionar. (CMS, Ata da 8^a Reunião Extraordinária de 13/11/2002).

Ainda nesta reunião do dia 13 de novembro de 2002, a Secretaria de Saúde da época afirmou que tinha muitas dúvidas sobre o funcionamento do Hospital-Dia e que estas tinham que ser sanadas antes de tomar qualquer decisão. Era necessário buscar esclarecimentos e maiores subsídios junto ao Hospital São Marcos, Ministério da Saúde, o Conselho Estadual de Saúde e a Comissão de Saúde Mental para se ter um posicionamento destes órgãos e para que o Conselho tivesse uma orientação sobre quais caminhos seguir.

Após este debate surgiram duas propostas para o Conselho deliberar: a primeira tratava do adiamento da discussão após obterem maiores informações; a segunda referia-se à aprovação favorável do credenciamento do hospital dia e depois seria feita a verificação se tinham ou não condições de funcionar. Neste sentido, ficou decidido pela maioria dos

presentes na reunião que fosse adiada a discussão e que só depois que tivessem subsídios suficientes voltariam a discutir o assunto.

Entretanto, na reunião do Conselho Municipal de Saúde do dia 16 de dezembro de 2002, o Presidente do Conselho fez a leitura de uma correspondência que o diretor geral do Hospital São Marcos havia enviado solicitando a retirada do pedido de credenciamento do Hospital-Dia no SUS.

[...] no dia vinte de hum de novembro o Hospital enviou correspondência à Secretaria de Saúde solicitando a retirada do pedido de credenciamento. O Sr. Lúcio Araripe de Lima Abreu disse que o Hospital investiu uma verba considerável no planejamento do Hospital Dia, bem como providenciaram uma reserva financeira para investimento, pois o Hospital tinha interesse nisso. Mas que diante das dificuldades, principalmente de cunho político, não poderiam ficar com o dinheiro parado, então, direcionaram a verba para outro tipo de investimento no Hospital. Disse que houve um certo descontentamento de toda a equipe do Hospital, especialmente depois da manifestação da defensoria pública, contrária ao Hospital. Informou que esse era o pronunciamento do Hospital que tiraram após sucessivas reuniões. Que continuavam com o projeto e que o mesmo estava pronto, e a intenção ainda era fazer um Hospital Dia que servisse de modelo para todo o Brasil. Sabiam que Cascavel iria precisar de um Hospital Dia, bem como da dificuldade do próprio Poder Público bancar isso. Disse que estavam a disposição e se fosse procurados pela Secretaria de Saúde para discutir o Hospital Dia, iriam discutir. Mas não partiria do Hospital a iniciativa de bater na porta de Prefeitura para pedir credenciamento, essa seria a postura do Hospital. O Sr. João Luiz de Araújo disse que devido a retirada do pedido, não iriam mais discutir essa questão. (CMS, Ata da 65^a Reunião Ordinária de 16/12/2002).

A partir das atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde é possível perceber que foi um processo complexo entre os setores públicos da cidade de Cascavel e os proprietários do Hospital São Marcos. Analisando o conjunto de fontes percebe-se que o proprietário da instituição psiquiátrica, na luta pela manutenção do hospital aberto, fez diversas tentativas, travou vários debates e desejava uma atenção particular.

Nesta correspondência, enviada ao Conselho Municipal de Saúde ao final do ano de 2002, surgem algumas questões interessantes para reflexão sobre o processo de fechamento do hospital psiquiátrico em Cascavel. Neste sentido, podemos indagar se o Hospital São Marcos fechou por motivos financeiros? Fechou porque não conseguiu se adequar ao novo modelo proposto? Fechou porque o poder público de Cascavel preferiu deixar a instituição à margem do Plano Municipal de Saúde Mental? Fechou porque estavam cansados de não serem valorizados pelo trabalho realizado? Fechou por se sentirem desmoralizados diante das acusações do governo e da sociedade que os classificavam como manicômio? Fechou por

discordâncias políticas/ideológicas? Fechou por questão de orgulho próprio do proprietário da instituição?

Enfim, são diversas questões e a pesquisa historiográfica não dará conta de elucidar todas elas. Contudo, podemos pressupor que o fechamento da instituição psiquiátrica ocorreu devido a todos estes fatores suscitados nas questões acima. Ao discutir sujeitos históricos, estamos nos referindo a sujeitos múltiplos, inseridos em diversas relações sociais que os fazem elaborar e reelaborar suas concepções a partir das experiências vivenciadas. Neste sentido, podemos considerar que a decisão de encerrar as atividades do Hospital foi fruto de um processo histórico que envolve um conjunto de fatores que passam por elementos políticos, devido às dissidências com o poder público; econômicos, porque há uma inversão na lógica do atendimento, redirecionando as verbas públicas para o serviço aberto; sociais, pois estamos falando de mudanças de paradigmas construídos historicamente pelo o saber e o poder psiquiátrico.

3.2: OS NOVOS ARES DA REFORMA: DEBATES PARA A ELABORAÇÃO DO PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL EM CASCAVEL

Como vimos anteriormente, os debates sobre a elaboração do Plano Municipal de Saúde Mental iniciaram-se ao final de 2001, momento em que foi constituída uma comissão para desenvolver o projeto. Ao final do ano seguinte, pouca coisa havia avançado em relação ao que foi proposto no plano. Entretanto, durante o processo de elaboração do Plano Municipal de Saúde Mental, ocorreram diversos debates, envolvendo segmentos distintos da sociedade. Era de se esperar que o Hospital São Marcos e seus representantes participassem destas discussões. Entretanto não foi isso que aconteceu. Ao analisar as fontes, foi possível perceber que houve uma ausência da equipe do hospital psiquiátrico na elaboração do Plano Municipal de Saúde Mental.

Nos documentos encontrados no Conselho Municipal de Saúde, o proprietário do HSM aparece em alguns momentos, apresentando seu projeto de implantação do Hospital-Dia e outras propostas de adequação da instituição ao novo modelo previsto na legislação. No entanto, quando ocorreram os debates para a elaboração do Plano de Saúde Mental não houve participações.

A ausência de um dos principais interessados na assistência psiquiátrica causou algumas inquietações para esta pesquisa. A pergunta que ficava no ar era o porquê da ausência deste grupo nos debates. Ao conversar com o Presidente do Conselho Municipal de Saúde na época, ele elucidou esta ausência apresentando a sua versão sobre este acontecimento.

De acordo com a perspectiva de Khoury (2004, p.125), “ao narrar, as pessoas interpretam a realidade vivida, construindo enredos sobre essa realidade, a partir de seu próprio ponto de vista”. Neste sentido, observa-se que a visão dos depoentes sobre os acontecimentos é divergente, pois se expressam de lugares sociais distintos. Segundo a autora, “temos esses enredos como fatos significativos que se forjam na consciência de cada um, ao viver a experiência, que é sempre social e compartilhada e, buscamos explorar modos como narrativas abrem e delineiam horizontes possíveis da realidade social” (KROURY, 2004, p. 125).

Segundo o depoente houve diversas tentativas de impedir a elaboração do Plano de Saúde Mental, vindas do principal interessado nesta reforma, o Hospital São Marcos.

[...] Então todas as reuniões dessa comissão que elaborava o plano elas vieram sabotadas, havia uma insistente participação pra desmobilizar e impedir a elaboração do plano, e por isso que a gente não dá argumentos, a gente optou por excluir a participação do hospital São Marcos da elaboração do plano porque o objetivo era apenas obstruir a sua elaboração. Então naquela oportunidade, a conferência municipal digamos assim, aprovou como proposta mestre que nós deveríamos ter um plano e que deveríamos sim promover o processo de desospitalização, portanto, com o fechamento do hospital São Marcos nos moldes que ele estava funcionando em Cascavel era uma estrutura muito grande, um hospital enorme. (VIDAL Laerson, 2014).

Na visão do Promotor Ângelo Mazzuchi, que acompanhou todo o processo de fechamento do HSM e abertura da Rede em Cascavel, os representantes do Hospital São Marcos não participaram porque era necessário que não tivesse a participação da instituição especializada, pois a legislação previa justamente o contrário do que era praticado pelo hospital psiquiátrico. E, como vimos, as propostas de readequações do Hospital, na visão dos membros do CMS, não condiziam com aquilo que era preconizado na nova legislação.

Segundo o Promotor, é importante pensar que mesmo que tenha ocorrido um amplo debate sobre a reforma psiquiátrica, a mudança estava sendo imposta por lei e para que ela realmente se tornasse efetiva era necessário que fosse concretizada em serviços locais, que é onde o paciente está. Na perspectiva dos representantes do poder público, para se concretizar

o serviço em Rede no município era necessário que o Hospital Psiquiátrico deixasse de ser o foco do atendimento. Nas palavras do Promotor,

[...] todas as questões que eram pertinentes à política antimanicomial negavam o hospital especializado, esse hospital especializado sempre que estava junto com a política antimanicomial ele funcionava como um grande buraco negro, ele absorvia todas as pretensões da população, a família ela sofria e sofre tão intensamente com o padecente crônico mental que a busca por um terceiro que cuide integralmente daquele indivíduo. Sempre foi a tônica popular da saúde mental, enquanto que a política de saúde mental antimanicomial era justamente a inversão dessa tônica. [...] No momento em que tinha-se um hospital, quando a demanda aparecia e apontava as deficiências do regime em aberto dos serviços em rede, o hospital absorvia essas deficiências. Portanto o hospital psiquiátrico, principalmente aqueles que já existiam há várias décadas eles acabavam sendo de tal maneira absorventes que inibiam o desenvolvimento da política pública de atenção antimanicomial, não porque quisesse, mas porque pela natureza do serviço prestado pela necessidade imediatista de um resultado, [...] o resultado imediato não é terapêutico, o resultado imediato é retirar o problema de onde ele se encontra e colocar todo o problema concentrado num ambiente que já tenha expertise suficiente para dominar aquele problema, não para enfrentá-lo. Bom, trazer um indivíduo que gerenciou um sistema por mais de três décadas de exclusão social para uma discussão de inclusão social era muito difícil. (MAZZUCHI Ângelo, 2017)

O depoimento do Promotor Ângelo Mazzuchi contribui para elucidar algumas das questões referentes à exclusão do Hospital São Marcos da elaboração do Plano Municipal de Saúde Mental de Cascavel. Assim, observa-se que a exclusão ocorreu para que fosse articulada uma assistência ao doente mental que não perpassasse pelo hospital psiquiátrico, mas que atendesse as prerrogativas da legislação em saúde mental, que preconizava, acima de tudo, o tratamento em liberdade e a inserção social do sujeito em sofrimento mental.

Ao analisar os documentos encontrados nos arquivos do CMS, foi possível perceber que a equipe do Hospital São Marcos foi excluída da elaboração do Plano Municipal de Saúde Mental. No entanto, ocorreu a participação dos representantes do hospital psiquiátrico em diversos debates sobre o direcionamento da saúde mental no município. Tais participações ocorreram na Câmara Municipal, no Conselho Municipal de Saúde e nas reuniões que antecederam a Conferência Municipal de Saúde, tanto em 2001, como em 2003.

Nos arquivos encontrados no Conselho Municipal de Saúde foram registradas diversas reuniões com a presença do gestor do Hospital São Marcos. Em alguns momentos é possível identificar uma relação um tanto quanto conflituosa entre as partes. Em 4 de agosto de 2003 foi realizada uma reunião pelo CMS para discutir e decidir sobre a efetiva implantação do Projeto de Atendimento à Saúde Mental em Cascavel. Nesta reunião o proprietário do

Hospital São Marcos pediu a palavra por 30 minutos. Mas o Presidente do Conselho da época negou o tempo solicitado, segundo ele, por não haver tempo hábil suficiente.

De acordo com a Ata da 4^a Reunião Extraordinária do CMS o proprietário do Hospital São Marcos disse que “há cinco anos estava tentando um espaço para falar no Conselho e nunca lhe foi permitido” (CMS, 2003). Nesta reunião, o proprietário informou os conselheiros que iria se desvincular do SUS.

Disse que não estava ali para discutir ou resistir, mas com uma proposta de soluções. E se não tivesse pelo menos, cinco minutos para apresentar o material, achava que deveria se retirar do Plenário, pois entendia que não existia espaço democrático para a discussão. Sabia que não era culpa dos conselheiros e que isso fazia parte do regimento, mas, ou paravam de fato para resolver a questão da saúde mental ou então, iriam fazendo de conta. Disse que não podia discutir só um lado da questão, onde só os gestores e Conselho discutiam e os prestadores não eram ouvidos. Disse que queria ser ouvido e visto. Concordava com a reforma psiquiátrica e com a desospitalização, mas o que não concordava era que o Governo Federal pegasse os recursos dessa desospitalização para ficar em Brasília. Disse que estava com uma proposta para que esses recursos ficassem no município para financiar a implantação da reforma psiquiátrica. Que não queria ser um obstáculo e sim parceiro e colaborador. E se não deixassem o Hospital São Marcos ser parceiro iriam ter problemas, pois as verbas voltariam para Brasília. Disse que havia desaparecido hum bilhão e quarenta e seis milhões de reais, tirados do atendimento hospitalar e que não foram aplicados nos recursos assistenciais. Que precisa de uma oportunidade para mostrar o que estava acontecendo. Colocou que a sociedade não poderia aceitar que isso fosse decidido lateralmente, sem serem ouvidas todas as partes. (CMS, Ata da 4^a Reunião Extraordinária, 04/08/2003).

O gestor do Hospital faz um apontamento pertinente para o CMS, quanto à questão democrática de sua organização. Segundo o Regimento Interno vigente no período, a composição do CMS, assim como os debates promovidos pela entidade, deveriam ser pautados no viés democrático com a participação de diversos segmentos sociais. De acordo com o Capítulo VII desse documento:

Art.17 O Conselho Municipal de Saúde será constituído por 24 (vinte e quatro) membros, sendo que 12 (doze) de entidades de usuários, 06 (seis) de entidades de trabalhadores de saúde, 03 (três) de entidades de prestadores de serviços de saúde conveniados ao SUS e 03 (três) de entidades administrativas públicas, obedecendo ao exposto na Lei Municipal nº 2.993/99. (CMS, Regimento Interno, 2002, sem página).

Diante disso, o questionamento feito pelo proprietário do HSM, torna-se plausível, pois enquanto prestadores de serviços para a assistência pública deveriam participar das discussões e serem ouvidos. Além disso, os debates deveriam ser públicos e a participação da

população deveria ser aceita. Na perspectiva do médico psiquiatra, apresentada em ata, este debate não estava ocorrendo ou pelo menos, não da forma como ele acreditava que deveria ser.

Em vários documentos foram encontrados discursos do proprietário do Hospital São Marcos que conotam uma grande preocupação com os recursos financeiros da assistência psiquiátrica. Na sua perspectiva, era imprescindível a parceria entre o poder público e o HSM, pois caso contrário, perderiam toda a verba que era destinada à saúde mental e à sua instituição. Assim, a solução para o município de Cascavel, na visão do proprietário do Hospital estava nas parcerias que poderiam ser estabelecidas entre ambas as partes.

De acordo com a Lei nº 10.216/01, os hospitais psiquiátricos deveriam ser gradativamente fechados e, na medida em que isso fosse ocorrendo, as verbas a eles destinadas deveriam ser repassadas para o município para a estruturação da assistência psiquiátrica em Rede. Realmente, em 2003 intensificou-se a política de fechamento de leitos psiquiátricos e a tal verba destinada à assistência psiquiátrica acabou tendo outros destinos desconhecidos e não foi integralmente destinada à estruturação do atendimento em Rede. Durante a pesquisa e análise das fontes constatou-se que ainda hoje estes recursos são insuficientes para atender a demanda de doentes mentais e o atendimento em Rede caminha a passos lentos.

Na ocasião desta reunião a comissão de conselheiros reunida negou o pedido de 30 minutos do proprietário do Hospital São Marcos. Segundo os registros da ata, o motivo da negação foi questão regimental. Até houve um debate para tentar abrir uma exceção pela questão da saúde mental e os conselheiros decidiram por conceder 5 minutos, sendo possível prorrogar mais 2 minutos para cada participante.

Como forma de protesto pelo tempo negado, o proprietário se retirou da sala de reuniões e informou os presentes que iria apresentar a sua proposta em outro momento para a imprensa. (CMS, Ata da 4ª Reunião Extraordinária, 04/08/2003). Enquanto o proprietário estava ausente do Plenário, o debate sobre a saúde mental continuou ocorrendo e, alguns minutos depois o médico psiquiatra retornou e aceitou falar respeitando o limite de tempo que lhe foi concedido.

Durante a reunião realizada no dia 4 de agosto de 2003 ocorreu um amplo debate sobre os encaminhamentos da saúde mental em Cascavel. Neste momento estiveram presentes diversos setores da sociedade para discutir a situação real da assistência psiquiátrica no município. Embora o Plano Municipal de Saúde Mental de Cascavel date de 2001, no ano de 2003 ainda não tinha sido efetivado e não havia um sistema de assistência em Rede

estabelecido na cidade, pois a maioria dos serviços se encontrava em fase de estruturação, prevista para ser finalizada em 2005.

No debate realizado pelo CMS em agosto de 2003, as críticas recaíram sobre a não efetivação do Plano Municipal de Saúde Mental. De acordo com a fala da psicóloga Fabiana da Costa Oliveira, registrada em Ata, a discussão sobre a reforma psiquiátrica havia sido iniciada em Cascavel ao final dos anos 2000 e início de 2001. Vejamos sua fala:

[...] Em dois mil e hum, alguns segmentos da sociedade se reuniram para discutir algumas propostas a nível de saúde mental. Disse que várias entidades fizeram propostas de serviços que deveriam existir a nível de município e que muitas dessas propostas não foram contempladas dentro do Plano de Saúde Mental de Cascavel. Sabia que hoje, a porta de entrada para as pessoas que eram acometidas de algum sofrimento mental era o próprio hospital psiquiátrico. E a reforma psiquiátrica vinha para estar criando novos modelos de atendimento para esses usuários. Não só no sentido de atender o doente mental, mas de estar trabalhando a questão da promoção e da qualidade de vida, e apresentar propostas de outros serviços de atendimento, promoção da qualidade de vida dos bairros através de algumas ações que precisavam ser realizadas em conjuntos com as secretarias e de alguns serviços que facilitaria o acesso do usuário a partir das próprias unidades básicas de saúde. Disse que a ideia era criar serviços de promoção e que desse um acesso muito mais rápido e eficiente, ou seja, que o município fosse a porta de entrada para esse usuário. Colocou que considerava o serviço prestado pelo Hospital São Marcos, mas tinham um Plano de Saúde Mental, um cronograma e novos modelos de assistência a saúde. E a proposta era que isso deveria ser organizado no município, pois até hoje não havia sido implantado. Disse que o Plano foi aprovado pelo Conselho e ainda estava no papel. Que a única implantação que estava se dando era dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que estavam sendo montados. Que estavam trazendo essa discussão para ver até que ponto isso iria continuar no papel ou se iriam ser desenvolvidas ações para que realmente se efetivasse a saúde mental que tanto esperam. (CMS, Ata da 4^a Reunião Extraordinária, CMS, 04/08/2003).

Nesta ocasião a então secretária de saúde de Cascavel a Sra. Lilimar Regina Mori falou sobre os serviços existentes na cidade e apresentou os principais problemas e dificuldades encontradas para a implantação dos serviços. Na visão da secretária de saúde os principais problemas eram:

Deficiência de recursos financeiros, recursos humanos, materiais e equipamentos, alta rotatividade de profissionais, forma de contratação, salário e disponibilidade do profissional no mercado de trabalho, principalmente na área de psiquiatria, perfil dos profissionais para esse tipo de atendimento e a capacitação profissional de saúde mental e dependência química que não tinham em Cascavel. Disse que tiveram toda uma equipe montada para um atendimento e a própria equipe não conseguiu se ajustar entre si e com o trabalho. Que estavam tentando remanejar pessoal e

conseguir alguém que tivesse perfil mais apropriado, colocou que essa seria uma luta permanente dentro da saúde mental. (CMS, Ata da 4^a Reunião Extraordinária de 04/08/2003).

Cabe ressaltar que 14 anos depois, a maioria dos problemas apresentados pela Secretaria de Saúde em 2003 continua sendo os mesmos de 2017, como por exemplo, a deficiência dos recursos financeiros e alta rotatividade dos funcionários. Segundo Sônia Reis (2017), muitos profissionais que vão trabalhar na saúde mental não têm perfil para lidar com essa clientela, além disso, ainda há pouco interesse dos profissionais de saúde em trabalhar com o doente mental.

Na reunião do CMS acima citada, também houve a presença do Coordenador da Comissão Estadual de Saúde Mental do Conselho Estadual de Saúde, o Sr. Marino de Oliveira que, após acompanhar o debate parabenizou o município de Cascavel. Para o Sr. Marino a resistência sobre a reforma psiquiátrica é muito grande, especialmente pelas famílias e pelos donos dos hospitais. Em suas palavras registradas em ata:

[...] disse que a discussão era necessária para que as pessoas entendessem e para que houvesse uma reforma. Entendia que se o governo repassava verbas para o Estado, o Estado tinha que executar. Se o Estado repassava recursos para o município, o município tinha que executar. E o que emperrava a efetiva implantação de um programa de atenção ao portador de transtorno mental era a falta de investimento local, pois nem o Estado e nem o município investia. Disse que se cada um fizesse a sua parte, as coisas poderiam funcionar mais rapidamente. Existia ainda, a questão funcional, pois a resistência começava nas famílias e elas preferiam o internamento. Para elas, tratamento de transtorno mental era sinônimo de internamento. Disse que faltava um Programa que iniciasse a partir da sensibilização e conscientização da população sobre essa questão e o porque de não internar. Que contemplasse as necessidades de recursos financeiros e humanos, incluindo capacitação de profissionais. [...] Disse que precisavam discutir também algumas distorções nas Portarias e Leis que impediam os pequenos municípios de implantarem um programa. Entendia que por menor que fosse o município ele teria que ter alguma coisa de atenção à saúde mental. E acima de tudo, deveria existir vontade política. Via que em Cascavel isso existia, então, teriam apenas que discutir a elaboração de como fazer, para quando fazer e de onde viria o recurso. Lembrou que em relação a desospitalização, a nível nacional 88% dos recursos utilizados em saúde mental estava sendo consumidos em leitos psiquiátricos. No Paraná, ainda estavam sendo utilizado 95% dos recursos de saúde mental em leitos psiquiátricos. Disse que precisavam reverter essa situação, caso contrário, não iriam viabilizar a reforma psiquiátrica. (CMS, Ata da 4^a Reunião Extraordinária de 04/08/2003).

Este trecho da fala do Coordenador Estadual de Saúde Mental traz elementos importantíssimos para este debate. Vamos por partes. Primeiro temos a questão da resistência das famílias dos usuários do atendimento psiquiátrico e dos donos dos hospitais psiquiátricos.

Durante o processo de fechamento do Hospital São Marcos em vários momentos os familiares se manifestaram de alguma forma contra o fechamento da instituição. Como vimos anteriormente, movidos pelo medo de ficar sem assistência psiquiátrica e, em alguns momentos, foram motivados pelos próprios profissionais do Hospital. Entretanto, a partir da fala do Sr. Marino de Oliveira, exposta da reunião do Conselho Municipal de Saúde, nota-se que as famílias de um modo geral queriam o internamento.

Estabelecendo uma relação com a fala do Promotor de Saúde Pública de Cascavel, as manifestações que ocorreram em relação ao fechamento do Hospital São Marcos eram pela manutenção de leitos psiquiátricos. Em suas palavras,

[...] As reclamações que chegavam à promotoria quase todas elas por parte da população era o inverso, era a falta de vagas, a população sempre acreditou porque é um senso comum de que um paciente está melhor tratado num hospital do que fora dele, isso não, é diferente e talvez até fosse na época mais grave quando se falava em saúde mental. Ainda hoje hospitais absolutamente sem resolutividade nenhuma são mantidos abertos no Brasil a fora. O Paraná tem inúmeros, na volta de Cascavel também, hospitais pequenos com baixíssima resolutividade, mas que são mantidos abertos porque eles geram uma sensação de segurança para a população. O hospital psiquiátrico além de gerar uma sensação de segurança, gerava um alívio pra família durante o seu desespero. Ainda hoje quando os segmentos sociais se manifestam em termos de saúde mental a reclamação é da falta de leitos, hoje mais ainda do que antes, porque antes existiam essas instituições, a reclamação não vinha no sentido da falta de resolutividade dos tratamentos, mas há 16 anos atrás era muito forte o conceito da ausência de cura ou remissão para o tratamento psiquiátrico. Portanto, pacientes com padecimento do plano psiquiátrico, segundo a crença popular deveriam ficar em um ambiente hospitalar. (MAZZUCHI Ângelo, 2017).

Diante desta concepção sobre o hospital psiquiátrico pode-se intuir que os representantes destas instituições se utilizam desta fragilidade dos usuários e seus familiares para elaborarem discursos de resistência contra o fechamento e manutenção dos mesmos. Para isto, vêm a público diversas vezes, através da imprensa, para denunciar a falta de leitos, geralmente quando seus interesses financeiros estão sob ameaças.

Embora se trate de períodos distintos, um dos pontos convergentes entre a fala do coordenador estadual de saúde mental e a do promotor de saúde refere-se à questão da necessidade de programas e iniciativas de conscientização para a população sobre a assistência psiquiátrica, expondo as principais diferenças entre o tratamento hospitalar e a

Rede, divulgação de informações que auxiliem no processo de conhecimento da doença mental e de como lidar com ela, seja para o familiar ou para o doente mental. Além disso, a conscientização contribui para desmistificação sobre a doença mental.

Diante destes aspectos é plausível afirmar que um dos motivos para que as famílias apoiassem e continuem apoiando a existência de leitos em hospitais psiquiátricos é a falta de conhecimento sobre a doença mental. Entretanto, é preciso considerar que a defesa dos leitos psiquiátricos por parte dos familiares vai além da questão do desconhecimento. Trata-se também de um sofrimento em conjunto que o transtorno mental provoca nos doentes mentais e seus familiares. No momento em que o doente mental entra em crise, as pessoas não sabem o que fazer e diante de uma sociedade que acredita que o tratamento hospitalar é sempre a melhor solução para a cura das doenças, busca no hospital psiquiátrico um apoio e uma solução para resolver seu problema de forma rápida. De fato, o hospital propõe a contenção da crise, mas não promove a reinserção social e, muitas vezes não possibilita uma inserção na Rede e continuidade de tratamento.

O hospital psiquiátrico carrega consigo o estigma da loucura e da exclusão social, ao mesmo tempo em que é visto como o grande salvador dos doentes mentais e ele, só ele é capaz de resolver os transtornos psiquiátricos. Em contraponto a isto, surge a reforma psiquiátrica que propõe justamente o contrário e aos poucos vai mostrando à sociedade que é possível uma assistência psiquiátrica sem a exclusão social. Entretanto, a velocidade de mudança do pensamento social não ocorre da mesma forma que a imposição de uma legislação. Por esses aspectos, é preciso repensar as práticas assistenciais e os significados da expressão saúde mental. Como afirma Scarelli:

Saúde mental é uma dessas expressões polissêmicas que denotam vários significados. Entendê-la como campo de saber e de práticas é uma forma de agregar seus múltiplos entendimentos considerando o diálogo estreito com várias disciplinas e tipos de saberes, a desconstrução das heranças da psiquiatria clássica e das instituições totais, bem como a proposição de outro lugar social para a manifestação da loucura e para o cuidado oferecido pelos serviços de saúde e pela sociedade frente ao sofrimento psíquico. (SCARCELLI, 2011, p.19).

Em diversas manifestações públicas o proprietário do Hospital São Marcos enfatizou sua preocupação com o destino que a verba repassada a sua instituição tomaria após o fechamento. Segundo o médico psiquiatra, em todos os locais onde houve o fechamento de leitos psiquiátricos as verbas haviam “sumido” do município, deixando-o defasado em relação à saúde mental. Na perspectiva dos proprietários do hospital psiquiátrico, a melhor solução

seria estabelecer uma parceria público/privado para que o município continuasse recebendo verbas do SUS.

Conforme observamos anteriormente, os representantes do Hospital São Marcos desde o início dos debates sobre a reforma psiquiátrica ao final dos anos 2000 até 2003, quando ocorre o fechamento total da instituição, fizeram diversas tentativas para continuar em funcionamento.⁴³ Entretanto, para o Promotor de Saúde Pública de Cascavel, o proprietário do HSM não fez nenhuma proposta concreta e que estivesse de acordo com os princípios da Lei nº 10.216/01. Na visão do promotor:

Em algumas reuniões o diretor e proprietário de então, manifestava o discurso politicamente correto, mas com viés absolutamente contrário à política antimanicomial e por isso superficial. O discurso era realmente da criação de um hospital-dia, toda via a criação de um hospital-dia na porta de entrada do próprio hospital, inclusive se dispunha a utilizar uma área do próprio hospital para ser o hospital-dia, isso não podia ser aceito porque nos remeteria novamente ao problema de origem, qual seja o serviço de atendimento fechado que deve ser uma retaguarda de leito especializado em último caso antes disso ser tentado todo o serviço em aberto, principalmente quando a rede não der conta, deve ser tentado os leitos em hospitais gerais, esse serviço continuaria sendo a primeira opção. Em todas as propostas que foi feito pelo diretor, essa oratória, o discurso era politicamente correto, o discurso era de abrir um serviço que em tese manteria o paciente menos tempo internado e de que não o internaria mantendo em observação, sendo um hospital-dia, mas na verdade não se constituiria um hospital-dia, a proposta sempre foi a de manter um ambulatório que seria porta de acesso ao hospital-dia, ou seja, seria um apêndice do hospital e continuaria tudo como antes, só que haveria dois tipos de receitas, uma receita para o hospital dia e uma receita para o hospital geral, com isso aumentaria a receita, mas o serviço que era prestado continuaria sendo exatamente o mesmo, ou seja, o mesmo médico que o avalia, é o médico que o interna e está dentro do hospital, isso era inaceitável [...] (MAZZUCHI Ângelo, 2017).

Durante a reunião de quatro de agosto de 2003, após ter saído e retornado ao plenário, o proprietário apresentou sua proposta no CMS. De acordo com a Ata, o diretor e proprietário propunha um acordo de transferência de verbas destinadas ao Hospital São Marcos para o poder público municipal constituir a sua Rede pública de saúde. Durante a exposição seu discurso foi de concordância com o novo modelo assistencial, ao mesmo tempo em que teceu críticas ao fechamento de leitos, o que para ele, tratava-se de um desfinanciamento da saúde mental. Segundo as informações contidas na ata, o proprietário do hospital psiquiátrico afirmou que:

⁴³ Importante ressaltar aqui que o HSM era tido como uma referência em saúde mental para a época, deixando apenas de ser referência porque surge um novo modelo assistencial. Durante a pesquisa não foi encontrado nenhum indício que apontasse a instituição como um manicômio violento, desumano, como aqueles denunciados pela luta antimanicomial.

[...] era favorável a mudança de modelo. Entendia que hospital era terciário, era remédio. Tinham que prevenir e criar outros espaços. Disse que era possível sobreviver sem hospitais psiquiátricos, só que precisavam investir em alternativas assistenciais e para isso era preciso dinheiro, além de recursos humanos. Disse que tinham as duas coisas, pois o dinheiro chegava todo mês, mas era desperdiçado em assistência hospitalar. Alertou que em todos os lugares do Brasil onde foram fechados leitos psiquiátricos esse dinheiro não passou a financiar as alternativas assistenciais. Disse que isso não poderia continuar e a proposta que trazia era a proposta que o Ministério da Saúde fez para um período de transição, onde reduziriam os leitos hospitalares deixando as verbas mantidas. Uma parte dela financiaria a rede e a outra iria recompor as diárias. Disse que já tinham metade dos leitos desativados. Ao longo do tempo fariam outro corte e aos poucos se fariam uma migração dessas verbas do hospital para o não hospital. Disse que era isso que toda a sociedade queria e não era por ser dono de hospital que seria contra. Colocou que o Ministério da Saúde não conseguia mudar esse modelo porque o país era muito grande, por isso teriam que fazer a nível municipal. A sua proposta era que os recursos saíssem do hospital para irrigar o sistema e que os profissionais que estavam trabalhando e tinham experiência fossem aproveitados. Disse que não achava justo desempregar toda essa gente que trabalhava no Hospital a vinte anos. Informou que o Hospital São Marcos já havia pedido descredenciamento, que iriam sair do sistema eticamente sem causar nenhum trauma. Não iriam deixar nenhuma desassistência, mesmo porque esse Hospital de Cascavel não tinha uma população crônica. A sua proposta era num primeiro tempo, reduzindo 50% dos leitos do Hospital São Marcos, liberando num primeiro momento, trinta e sete mil seiscentos e quarenta e oito reais por mês, para o município fazer a implantação do Plano Municipal de Saúde Mental. E depois que o município conseguisse fazer isso, eliminariam o resto do Hospital. Disse que seriam quatrocentos e cinquenta e hum mil reais por ano. Que não dava para jogar esse dinheiro fora e que era uma questão de boa vontade, por isso que fez questão de ser ouvido [...]. (CMS, Ata da 4^a Reunião Extraordinária de 04/08/2003).

Após a leitura da Ata desta reunião ficou a sensação de que os presentes não entenderam claramente qual seria a proposta, ou melhor, quais os objetivos desta proposta. Neste sentido, ficaram algumas perguntas no ar: Por que o diretor estava tentando transferir as verbas do HSM para o município? Bondade? Ato de caridade de um empresário comovido com o destino dos doentes mentais? Preocupação com os seus funcionários? Enfim, são questões que, ao que tudo indica, ficaram sem resposta aparente entre os presentes na reunião do CMS.

Sobre esta proposta feita pelo proprietário do HSM durante a discussão houve alguns questionamentos sobre a legalidade da mesma. Uma das conselheiras, “questionou sobre a legalidade dessa proposta e se ela não estaria ferindo os princípios do SUS e até que ponto isso poderia ser feito. Propôs que a questão fosse encaminhada em nível de promotoria.”

(CMS, Ata da 4^a Reunião Extraordinária de 04/08/2003). Nessa mesma perspectiva, outra conselheira presente no debate, também se mostrou em dúvida sobre os objetivos claros dessa proposta. De acordo com o documento, para a conselheira,

[...] essa proposta não estava clara. Pois parecia demonstrar uma atitude bondosa do Hospital, e se questionava o porquê do hospital querer repassar esse dinheiro para ser usado pelo município. Disse que o mais importante seria discutir, nesse sentido, que tipo de parceria o Hospital estaria propondo por trás disso. Assim a proposta ficaria mais clara para o Conselho estar votando. (CMS, Ata da 4^a Reunião Extraordinária, 04/08/2003).

Segundo a Ata do Conselho Municipal de Saúde, o proprietário esclareceu que não era sua proposta, mas que havia sido uma proposta feita pelo próprio Ministério de Saúde. Para o psiquiatra

[...] Foi o Ministério de Saúde que propôs isso para os hospitais. E estava colocando que nesse período de transição, esse excedente de faturamento fosse usado para reajustar os valores, principalmente dos médicos e das diárias hospitalares e que uma parte fosse liberada para financiar toda a criação do sistema. E num segundo momento, parar de financiar a assistência hospitalar psiquiátrica que era a proposta da reforma. (CMS, Ata da 4^a Reunião Extraordinária, 04/08/2003).

Embora não tenha encontrado subsídios previstos em leis para tal proposta, ficou decidido pelos conselheiros presentes na reunião do Conselho Municipal de Saúde que diversas entidades uniriam esforços para tentar manter as verbas que eram destinadas ao Hospital São Marcos no município, para construção e efetivação do atendimento em Rede.

Todavia, o que a análise do conjunto de fontes permitiu observar é que estes recursos não permaneceram em Cascavel, ou pelo menos, apenas uma parte deles foi redirecionada para a assistência psiquiátrica em Rede, tendo em vista que ainda hoje, não há recursos suficientes para ampliar e custear os serviços alternativos. Segundo o Promotor de Saúde Pública de Cascavel,

[...] na medida em que o ministério da saúde e os gestores estaduais pararam de financiar leitos, esses valores deveriam ter sido ao longo desses 16 anos direcionados na mesma proporção para o serviço em aberto, se tivesse acontecido, para o serviço em rede, se isso tivesse acontecido nós conseguiríamos financiar melhor inclusive os leitos psiquiátricos em hospitais gerais e financiando melhor haveria um interesse dos hospitais gerais em montar alguns leitos contratando equipes pra esse fim. (MAZZUCHI Ângelo, 2017)

Nesta reunião do CMS, realizada no dia 04 de agosto de 2003, o proprietário da instituição apresentou sua visão sobre a reforma psiquiátrica apontando-a como necessária.

Podemos dizer que esta fala do médico apresenta certo conformismo ao perceber que seria inevitável o fechamento do hospital, ao mesmo tempo, permite perceber mudanças em seus discursos durante o processo de reformulação da assistência psiquiátrica em Cascavel. Assim, é possível observar que no início das discussões o gestor do HSM queria fazer parte do novo modelo e oferecer serviços alternativos, como seus anseios não foram alcançados, frustrou-se e optou-se pelo fechamento completo da instituição psiquiátrica. Foram propostos vários projetos como tentativa de permanecer em funcionamento. Todavia, as propostas apresentadas pelo gestor do Hospital São Marcos, na visão dos conselheiros da época, não condiziam com os caminhos que a reforma psiquiátrica estava direcionando. Para além disso, conforme aponta o Promotor de Saúde Pública, era necessário que a instituição ficasse fora do novo modelo proposto, caso contrário, o foco do atendimento psiquiátrico continuaria sendo o hospital e não o atendimento em Rede.

Seguindo o debate sobre a organização da saúde mental em Rede de Cascavel, no dia 6 de agosto de 2003, três meses antes do fechamento do Hospital São Marcos, o proprietário da instituição comparece ao Plenário da Câmara Municipal para falar sobre a situação difícil em que se encontrava o hospital. Na ocasião, ele comunicou que fecharia o HSM ainda naquele ano. Na ata da Sessão Ordinária da Câmara de Vereadores há registros de que o depoente respondeu a várias indagações feitas pelos presentes, porém, não foi detalhado em ata como ocorreu este debate. Entretanto, estas informações nos fazem perceber que a luta travada pelos proprietários da instituição psiquiátrica passou por diversos segmentos sociais com o intuito de evitar seu fechamento.

Diante do exposto, é possível identificar algumas contradições nos discursos do proprietário do Hospital São Marcos, pois se no dia 04 de agosto de 2003, ele esteve presente no CMS comunicando o seu pedido de descredenciamento do SUS, dois dias depois, compareceu à sessão da Câmara de Vereadores em busca de soluções para o problema da saúde mental no município e em seu Hospital. Ou seja, na busca de uma saída para evitar seu fechamento, ora apresenta um discurso de retirada do sistema e, outros momentos luta para permanecer ativo.

É possível perceber que durante o ano de 2003 foram realizadas diversas manobras para tentar evitar o fechamento do hospital psiquiátrico em Cascavel. Algumas fontes encontradas apontaram para uma articulação política entre o proprietário do Hospital São Marcos e o prefeito do município. Todavia, como os fatos nos demonstraram, esta articulação política não obteve bons resultados, pois não impediu o fechamento do hospital.

Em uma matéria divulgada em agosto de 2003 pelo Jornal O Paraná, o prefeito havia realizado algumas viagens para Brasília e Curitiba com a intenção de angariar verbas para o município e tentar evitar o fechamento do Hospital. A três meses de encerrar suas atividades o havia o alerta sobre a possibilidade de fechar a instituição psiquiátrica. Vejamos a matéria:

Figura 14: "Edgar quer Evitar Fechamento de Hospital"

Edgar está buscando solução junto ao governo federal

Cascavel - O prefeito Edgar Bueno, que está em Brasília, passou o dia de ontem mantendo contatos no Ministério da Saúde (MS), buscando soluções e alternativas para evitar o fechamento do Hospital São Marcos, previsto para outubro deste ano. O prefeito esteve reunido com Pedro Gabriel Delgado, coordenador nacional da Saúde Mental.

Edgar afirmou que caso o Hospital São Marcos realmente feche nos próximos 90 dias, conforme anúncio feito pelo diretor-proprietário da instituição, médico Augusto Fonseca da Costa, o município não terá como atender os pacientes dessa especialidade.

Diretor do São Marcos alerta que hospital pode fechar em 90 dias

FINANCIAMENTOS

Segundo o prefeito, os contatos em Brasília foram positivos, tendo inclusive a promessa de financiamentos para o município. Um deles seria destinado para Centro de Atendimento Psico-Social (Caps), que atende atualmente 50 crianças com problemas mentais, número que poderia ser ampliado para 150 com a ajuda do governo federal. Ele falou ainda da reestruturação Caps-I e a criação do Caps-II, aproveitando a estrutura da entidade Renascer, no Lago Azul. A promessa do MS foi de repassar recursos de R\$ 80 mil para auxiliar esses programas.

Fonte: Jornal O Paraná Cascavel, 14 de agosto de 2003, p. 10.

É possível perceber que na reunião realizada entre o prefeito da cidade e o coordenador nacional de saúde mental Pedro Gabriel Delgado, os direcionamentos para a assistência psiquiátrica em Cascavel encaminhava-se para os serviços alternativos de saúde mental e o hospital psiquiátrico de grande porte não era mais o foco da assistência e nem dos investimentos públicos.

No dia 30 de agosto de 2003, foi realizada uma pré-conferência de saúde em Cascavel. Na reunião estavam presentes representantes de diversos setores da sociedade, inclusive, representantes dos prestadores de serviços. E, de acordo com a Ata da reunião desse dia, o proprietário do Hospital São Marcos faria um pronunciamento sobre a situação da saúde do município. O presidente do Conselho Municipal de Saúde concedeu a palavra ao médico e de acordo com o documento, o proprietário do HSM,

[...] pede a palavra e coloca que se recusa a falar diante do número de pessoas presentes, que ele estava cansado e brincar de democracia e que democracia era esta, colocou também que iria descredenciar o seu hospital diante do descaso do SUS com os serviços de saúde e que todos nós éramos vítimas dos poderosos que detém o poder e que fazemos o jogo do faz de conta, de que tudo está indo muito bem, que o SUS não funciona como deveria e que a cada dia fica pior, que os governantes usam os conselhos e as conferências para o descaso com a saúde pública, colocou ainda que sempre participou de conferências e nunca as propostas saíram do papel, que somos iludidos que com propostas e conferências as coisas tendem a mudar. Na sua opinião não adianta defender várias propostas e sim uma somente, bem elaborada por todos os segmentos e que esta seria levada a nível estadual e nacional para que seja cumprida, sugeriu que todos os presentes se retirassem pois estavam perdendo parte de sua vida em uma reunião sem sentido. (CMS, Ata da Reunião do CMS, 30/08/2003).

Após fazer esta fala, o proprietário do hospital se retirou da sala. A partir das críticas realizadas pelo médico é possível perceber o descontentamento em relação ao sistema público de saúde. Sentimento este que também foi observado durante a entrevista realizada com o psiquiatra. De acordo com o seu depoimento, o Hospital São Marcos fechou porque ele e até mesmo os trabalhadores da instituição cansaram de só receberem críticas e não serem reconhecidos pelo trabalho desenvolvido.

Conforme observamos através das fontes, em diversos momentos, o proprietário do Hospital São Marcos se irrita e se retira da sala de reuniões e do debate. Até mesmo o próprio fechamento da instituição foi uma decisão abrupta do proprietário que, após alguns diálogos com o poder público sem sucesso, optou por fechar as portas e encerrar as negociações. De acordo com Laerson Vidal:

[...] Nós queríamos fechar o hospital tal qual ele estava organizado, mas nós queríamos que o hospital mantivesse o número de leitos, eu não lembro, não vou saber precisar, mas aqui no programa deve estar, não sei se vinte ou trinta por cento dos leitos, que fosse mantido esse tipo de atendimento exatamente para quê? Para o paciente surtado, então nós não queríamos fechar totalmente o hospital, nós queríamos mudar o seu caráter, manter apenas o número de leitos necessários às pessoas que entrassem em surto e que precisassem realmente de uma internação até que isso pudesse ser revertido e então ele pudesse ser introduzido na rede de saúde mental que a gente estava aprovando e ia ser implantada no município, então sendo tratado de terapias e também de inserção familiar e social, era esta que era a relação com o hospital, mas fomos surpreendidos pelo dono do hospital que alegou que não tinha interesse em manter o hospital nesses moldes, ou seja, ele fez uma chantagem ou manter o hospital tal qual ele está ou senão fecho tudo e nós não tivemos dúvida, então ele que feche nós não íamos ceder a chantagem de manter um hospital com caráter de prisão e que não conseguia promover o tratamento e a inserção social das pessoas que estavam em sofrimento mental aqui na região e ele fechou. (VIDAL Laerson, 2014)

A partir dessas falas percebe-se que havia uma relação conflituosa entre as partes interessadas na reelaboração da saúde mental no município. As palavras do depoente sobre o proprietário do Hospital São Marcos são bastantes incisivas ao relembrar o processo de fechamento da instituição. Embora o Sr. Laerson Vidal tenha dito que após os anos se passarem, as relações pessoais entre os dois teriam se amenizado, durante o fechamento do hospital foi um momento de forte tensão.

Após a decisão de fechamento do Hospital São Marcos por parte do proprietário da instituição, a Secretaria de Saúde e o Ministério Público foram notificados com 90 dias de antecedência. E desde a oficialização do pedido de descredenciamento e fechamento da instituição o município de Cascavel e as cidades vizinhas tiveram que se articular para resolver a situação de alguns internos.

De acordo com o depoimento dos ex-proprietários do HSM, “antes de fechar o hospital todos os pacientes que estavam em tratamento foram recolocados em outros hospitais, em suas famílias com receita”. (COSTA Tânia, 2016). Para o Promotor de Saúde Pública de Cascavel, a equipe médica do Hospital São Marcos não conseguiu encaminhar todos os pacientes para uma assistência psiquiátrica. Em suas palavras:

[...] Não, não encaminhou todos, muitos dos pacientes ficaram sob responsabilidade dos municípios que tiveram que fazer encaminhamentos, alguns foram reencaminhados para Marechal Rondon, outros para outros hospitais, Hospital de Vera Cruz, e alguns foram para Curitiba, mas outros foram absorvidos pelos municípios através de uma rede que começaram a organizar pelas suas próprias famílias. (MAZZUCHI Ângelo, 2017).

Na perspectiva de Dias (2008), o município criou uma comissão para solucionar o problema de alguns pacientes, especialmente os mais graves e aqueles considerados crônicos. Segundo a autora, a comissão realizou “um acompanhamento da avaliação médica dos pacientes internados para averiguar quantos tinham necessidade de permanecer hospitalizados e quais deles teriam possibilidades de continuar em tratamento ambulatorial” (DIAS, 2008, p.13). Para a autora, na última quinzena de funcionamento do hospital ainda restavam 201 pacientes internados, que precisariam de uma recolocação em outros hospitais, em seus municípios e em residências terapêuticas, nos casos dos doentes crônicos.

No início da primeira década do século XXI os serviços alternativos de saúde mental estavam começando a ser estruturados. E nos municípios que pertencem à Regional de Saúde de Cascavel não foram todos que iniciaram este processo estruturação de uma rede alternativa, realidade que permanece assim ainda nos dias de hoje. Neste sentido, podemos dizer que a população se sentiu desamparada e com certa razão para isto, pois o único hospital psiquiátrico da região seria fechado e ainda não havia um serviço de atendimento em Rede eficaz.

Em uma reportagem veiculada no Jornal Gazeta do Paraná em 25 de outubro de 2003 é apresentado o processo de transição dos leitos. A matéria com o título “Doentes Mentais: Saúde conclui processo de transição”. O texto fala sobre o fechamento da instituição que estava agendado para o dia 5 de novembro. A preocupação da Secretaria de Saúde era concluir o redirecionamento dos pacientes do Hospital São Marcos, principalmente aqueles que haviam perdido o vínculo familiar.

Figura 15: "Doentes Mentais: Saúde Conclui Processo de Transição."

Fonte: Jornal Gazeta do Paraná, Cascavel 25 de outubro de 2003, p. 12.

A matéria acima apresenta um conteúdo confuso. Logo no início afirma que o processo de transferência estava quase todo completo, faltando apenas um dos pacientes a ser transferido porque ele continuava precisando de internamento. Outras 20 pessoas que necessitavam de internamento já haviam sido encaminhadas para os hospitais psiquiátricos do Estado. O restante poderia continuar em tratamento em casa e nos serviços substitutivos de Cascavel.

Mais adiante, o texto diz que alguns pacientes de Cascavel foram abandonados pelas suas famílias e tiveram que ser encaminhados para asilos, casas de assistência, residências terapêuticas e que somam cerca de 80 pessoas que viviam na instituição, mas tinham condições de voltar para a casa e restabelecer os laços familiares. Todavia, para atender aos doentes crônicos residentes, a prefeitura de Cascavel precisou estruturar rapidamente casas abrigo para acolher esses pacientes. Segundo o ex-proprietário do HSM, o hospital possuía uma população inferior a 10% de moradores, como já dissemos anteriormente, em sua maioria

de pessoas que tinham perdido o vínculo familiar ou os familiares se negavam a cuidar do paciente.

A matéria exibida no Jornal Gazeta do Paraná apresenta um texto ambíguo sobre a quantidade certa de pessoas que residiam no Hospital São Marcos. Se quando o texto menciona que os pacientes “viviam” no HSM, significa dizer que eles moravam definitivamente e não eram apenas internos em tratamento, a porcentagem de 10% de moradores conforme a fala do ex-proprietário da instituição e do promotor de saúde pública não condiz com a realidade vivida dentro do hospital psiquiátrico. A informação divulgada pelo jornal nos leva a pensar que havia 80 moradores no Hospital. Entretanto, de acordo com as informações obtidas em outras fontes, os dados informados pelo jornal são equivocados, pois segundo Reis (2009), ao todo existiam 26 moradores que precisaram ficar sob a responsabilidade do poder público de Cascavel por ter perdido completamente os vínculos com os familiares.

A institucionalização dos doentes mentais era algo que ocorria com frequência dentro dos hospitais psiquiátricos, especialmente quando se tratava de pacientes crônicos. Para o Promotor de Saúde Pública de Cascavel, esta prática não era ilegal, “não vejo que isso fosse um defeito daquele hospital, isso era um defeito do sistema que focava o atendimento psiquiátrico em hospitais institucionais, hospitais especializados.” (MAZZUCHI Ângelo, 2017).

O conteúdo da reportagem também tem a intenção de informar à população o motivo do fechamento do hospital psiquiátrico. Segundo o texto do Jornal Gazeta do Paraná “o Hospital São Marcos está sendo desativado dentro de um novo conceito de saúde mental coordenado pelo Ministério da Saúde. Nesse novo conceito a prioridade é o atendimento das pessoas sem retirá-las do domicílio.” (GAZETA DO PARANÁ, 25/10/2003, p.12).

Podemos dizer que a Secretaria de Saúde de Cascavel tinha a intenção de informar sobre a transição no atendimento à saúde mental para mostrar à população que os doentes mentais não ficariam desamparados, pois o poder público estava estruturando centros de atendimentos psiquiátricos. Era necessário tranquilizar a população, principalmente os usuários do sistema que estavam e podemos dizer que ainda estão acostumados a relacionar atendimento psiquiátrico ao hospital.

O fechamento do Hospital São Marcos estava previsto para o dia 5 de novembro de 2003, entretanto, até essa data não havia sido completada a transição dos internos. Nessa data foi exibida uma reportagem no Jornal O Paraná sobre este processo, com o título “São Marcos: Cascavel fica sem serviço de emergência”. Segundo a reportagem, o “fechamento do

único hospital psiquiátrico da cidade causa prejuízos aos pacientes” e a partir daquele momento a cidade passaria a ficar sem atendimento de emergência em saúde mental.

De acordo com as informações da reportagem os pacientes estavam sendo encaminhados para as unidades de saúde e para os hospitais psiquiátricos de Marechal Cândido Rondon – Hospital Filadélfia e o hospital de Santa Terezinha de Itaipu, ambos fechados atualmente. A administração da instituição e a Secretaria de Saúde de Cascavel estavam encaminhando cada paciente para a sua cidade de origem e, estas passariam a ser responsáveis pelas assistências a eles prestadas.

De acordo com a reportagem, cerca de 132 pacientes eram residentes de Cascavel e, para atendê-los o município contava com uma equipe de saúde mental, entre eles, haviam 2 psiquiatras para atender a uma demanda populacional de aproximadamente 260 mil habitantes. O Jornal O Paraná informou:

A preocupação dela [Lilimar - Secretária de Saúde] é a falta de atendimento de urgência e emergência no município. Hoje, a cidade ficou sem esse tipo de serviço devido ao fechamento do São Marcos. Lilimar disse que a instalação do serviço depende de um convênio entre a prefeitura e a Secretaria Estadual de Saúde. Até ontem este convênio não tinha sido assinado. O São Marcos era a única unidade voltada ao atendimento psiquiátrico na cidade, atendendo cerca de 300 pacientes ao mês. No primeiro semestre, a unidade pediu o seu descredenciamento junto ao SUS devido à nova política do Ministério da Saúde para o setor psiquiátrico no País. Desde então, a direção veio fechando gradativamente os serviços. A última internação ocorreu em 14 de outubro, a unidade não tem mais nenhum paciente internado. Nesta semana, a direção está fazendo as rescisões contratuais dos últimos funcionários. O diretor-geral disse que a desativação será completada até a próxima sexta-feira. (Jornal O Paraná, 5/11/2003, p. 10).

Uma reportagem divulgada pelo Jornal Gazeta do Paraná ao final do mês de novembro, após a conclusão do fechamento do Hospital São Marcos, apresenta um texto sobre o “caos” que a saúde pública de Cascavel vinha enfrentando. A matéria refere-se ao atendimento à saúde de um modo geral, incluindo a saúde mental. Todavia, a reclamação da população e a cobrança do Promotor de Saúde Pública são sobre a falta de leitos para internamentos do SUS em várias especialidades médicas. Sobre os doentes mentais o jornal relatou:

No contato mantido ontem com a reportagem, a secretária Lilimar Mori abordou também a questão dos pacientes que eram atendidos pelo Hospital São Marcos (saúde mental), que recentemente fechou suas portas. Segundo ela, dos 300 leitos existentes naquele estabelecimento, cerca de 100 eram ocupados por pacientes de Cascavel, sendo que os demais voltaram para suas

cidades de origem ou foram encaminhados ao Hospital Filadélfia, de Marechal Cândido Rondon. No caso dos 100 pacientes locais, alguns também foram internados no Filadélfia, enquanto que outro grupo está provisoriamente alojado no albergue noturno, ‘até que possamos consolidar a residência terapêutica’. Aqueles pacientes que apresentavam problemas menos graves, informa Lilimar, ‘foram para a casa e estão tendo acompanhamento ambulatorial pelo Centro de Atenção em Saúde Mental, da Secretaria Municipal de Saúde’. (Jornal Gazeta do Paraná, Cascavel, 26/11/2003, p. 11).

Obviamente que o fechamento do único hospital psiquiátrico de Cascavel e região causou alguns impactos no atendimento à saúde mental. Entretanto, foi este processo complexo de fechamento que impulsionou à estruturação de uma Rede de atendimento à saúde mental para a cidade. Conforme observamos anteriormente, no Estado do Paraná, havia uma legislação para regulamentar a saúde mental desde 1995. Mas esta reformulação só passa a ser efetivada em Cascavel, quando a instituição, que era referência máxima em atendimento psiquiátrico, deixa de atender.

Portanto, a reorganização do atendimento à Saúde Mental, teve seu início em 2001 na cidade de Cascavel. Desde então, alguns serviços foram estruturados e reestruturados, mas ainda resta muito a fazer. De antemão (pois vou trabalhar o assunto no próximo capítulo) posso dizer que a cidade de Cascavel possui um atendimento psiquiátrico aparentemente modelo para o Estado do Paraná, em comparação com algumas regiões do Estado. Segundo as fontes analisadas, atualmente os serviços estão estruturados em Rede, permitindo que o paciente receba assistência de diversos serviços municipais. No entanto, observa-se que os serviços ofertados são insuficientes para atender a demanda existente de pessoas acometidas de transtornos mentais.

CAPÍTULO 4: A CONSTITUIÇÃO DA REDE DE SAÚDE MENTAL EM CASCABEL

4.1: CRIAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DA REDE ALTERNATIVA EM SAÚDE MENTAL

Em 2001 foi promulgada a Legislação em Saúde Mental, resultante de um longo debate sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. Entre outros elementos, ficou estabelecido na nova legislação a extinção gradativa de leitos psiquiátricos e a substituição do modelo hospitalocêntrico por uma assistência alternativa à saúde mental, com a criação de diversos serviços que integrariam uma rede para compor a assistência psiquiátrica.

Entretanto, como já afirmado, no Estado do Paraná, já havia uma lei que regulamentava a assistência psiquiátrica. Em seu segundo artigo, afirma que:

Art.2.º 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 de 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. (PARANÁ, 1995)

De acordo com esta legislação, ficaria a encargo das secretarias de saúde, tanto estadual como municipais, a elaboração de um planejamento e cronograma dos novos serviços, contando um ano a partir da promulgação da Lei 11.189/95. Sob esta perspectiva, os novos serviços deveriam ser descentralizados e municipalizados, “sendo de competência dos conselhos estadual e municipais de saúde, para a superação do modelo hospitalocêntrico.” (PARANÁ, 1995). Diante dos aspectos expostos, há que considerar que o poder público municipal de Cascavel deveria ter iniciado o debate sobre a reestruturação do modelo assistencial ainda nesse período.

Todavia, apenas com a aprovação da Lei Federal Nº 10.216/01 é que se começou a pensar na criação de serviços alternativos em saúde mental no município. De acordo com o Projeto de Saúde Mental em Cascavel, elaborado no ano de 2001, até este período havia apenas “um hospital psiquiátrico; um ambulatório para consultas psiquiátricas e atendimentos psicológicos; e um núcleo de atenção psicossocial para atendimento a crianças e adolescentes

usuários de drogas e com transtorno de conduta.” (CASCAVEL, 2001)⁴⁴. No entanto, esses serviços não davam conta da demanda existente, fazendo-se necessário elaborar um projeto que contemplasse de forma integral a saúde da população.

Diante desta realidade do início do século XXI juntamente com as exigências da conjuntura nacional sobre a saúde mental, os gestores da cidade viram a necessidade da elaboração de um plano de saúde mental que fosse capaz de criar uma rede de atendimento psiquiátrico “mais abrangente, preventivo, reabilitatório, integrador e/ou reintegrador à sociedade o individuo em sofrimento psíquico.” (CASCAVEL, 2001).

Embora os debates sobre a criação de uma rede alternativa de assistência à saúde mental tenham se iniciado em 2001, a elaboração do Projeto não significou a efetivação prática do mesmo. Em virtude do que foi exposto, observou-se que enquanto o hospital psiquiátrico existiu, a saúde mental não era pauta de discussão e execução de ações para o poder público. Portanto, a constituição dos serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico só foi impulsionada após o fechamento do hospital psiquiátrico existente na cidade ocorrido em novembro de 2003.

O primeiro serviço alternativo de assistência à saúde mental implantado em Cascavel foi o Núcleo de Assistência Psicossocial - NAPS em 2001, que pouco tempo depois se transformou em Centro de Atenção Psicossocial Infantil - CAPSi, uma unidade para atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais e usuários de drogas. De acordo com Vasconcellos, os serviços de “CAPS/NAPS 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.” (VASCONCELLOS, 2008, p.73).

Segundo este autor, a legislação não diferencia os trabalhos realizados entre os CAPS e NAPS, pois há, de fato, certas semelhanças entre ambos os serviços. Entretanto, existe uma diferença importante a ser compreendida para não cair no engano de afirmar que tais serviços são desenvolvidos de forma idêntica. Para Vasconcellos, os NAPS nascem durante o processo de fechamento da Casa de Saúde Anchieta, hospital psiquiátrico localizado em Santos. Este se caracterizava pela superlotação, péssimas condições de higiene e alta mortalidade dos internos. O seu fechamento “foi acompanhado pela criação de um novo espaço, no qual se destacava a reinserção social dos pacientes, os programas culturais, o direito ao asilo, a

⁴⁴ CASCAVEL, Divisão de Saúde Mental da Secretaria de Saúde. Projeto de Saúde Mental. Cascavel, 2001.

atenção à crise e a reabilitação psicossocial, aproximando-se assim do modelo italiano”. (VASCONCELLOS, 2008, p.73).

Segundo Vasconcellos, os NAPS deveriam funcionar durante toda a semana e 24 horas por dia, substituindo o hospital psiquiátrico, “valendo-se principalmente de redes de relação que se estendiam para além de suas fronteiras físicas, adentrando, portanto, no território”. (2008, p.73). Já o CAPS apresenta algumas diferenças em relação ao NAPS, pois eles “surgem como estrutura intermediária, que liga o hospital à comunidade, atendendo pacientes que transitam nas duas mãos desta via: da comunidade para o hospital (internação) ou do hospital para a comunidade (alta hospitalar)”. (VASCONCELLOS, 2008, p.74).

De acordo com Vasconcellos, com os serviços desenvolvidos pelo CAPS, o hospital psiquiátrico não desaparece por completo. Nesta proposta, os dois serviços se interrelacionam de acordo com as necessidades do paciente, seja ela de internação ou acompanhamento médico/psicológico, sem a necessidade de retirá-lo do convívio social. Mas, caso seja preciso, existe ainda a possibilidade do hospital ou de leitos especializados. Para o autor, “[...] outra diferença remete-se à percepção de que no NAPS as ações sociais e culturais ganham mais relevo do que nos CAPS, que se calça mais no modelo médico/psicológico”. (2008, p.74)

Entretanto, para evidenciar como o processo de reforma psiquiátrica no Brasil é complexo e permanece em debate contínuo, ainda é possível verificar o movimento de tramitações de portarias do Ministério da Saúde. Segundo Vasconcellos:

Uma nova portaria sobre o funcionamento dos CAPS foi promulgada pelo Ministério da Saúde, a portaria 336/GM de 2002. Desta feita, o termo NAPS não aparece no texto. Esta portaria estabelece cinco modalidades de serviços para os CAPS: CAPS I, CAPS II e CAPS III, CAPSi e CAPSad. Os três primeiros são definidos por ordem crescente de complexidade e abrangência populacional, estando incumbidos de prover atendimento em Saúde Mental para o público em geral. O CAPSi é serviço de atenção psicossocial para atendimentos de crianças e adolescentes e o CAPSad se presta a fornecer atenção psicossocial para usuários com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias. (BRASIL, 2002, apud. VASCONCELLOS, 2008, p.74).

Em uma coletânea publicada pelo Ministério da Saúde reunindo todas as leis federais, decretos, portarias, resoluções e recomendações que foram promulgadas entre o período de 2004 à 2010, o termo NAPS deixou de existir, passando a vigorar apenas o CAPS e suas categorizações de acordo com a complexidade e abrangência populacional de cada serviço. (BRASIL, 2010).

Segundo o depoimento do Promotor de Saúde Pública de Cascavel, Ângelo Mazzuchi assim que foi anunciado o fechamento definitivo da instituição psiquiátrica hospitalar o poder público municipal providenciou a ampliação dos serviços de assistência psiquiátrica para a população.

[...] tão logo houve o aviso definitivo do fechamento, a secretaria municipal de saúde, o gestor estadual de saúde começaram a se mexer, começaram a providenciar e a secretaria municipal de saúde saiu na frente providenciando já mais um CAPS, então o CAPSi, que quase imediatamente foi montado e o CAPS, e além disso, o CASM foi ampliado, que é o serviço para atendimento ambulatorial, o número de psiquiatras do consórcio municipal de saúde foi ampliado e o número de serviços focados em estudos sociais da rede de atenção social, de proteção social também foi ampliado. (MAZZUCHI Ângelo, 2017)

De acordo com a Gerente da Divisão de Saúde Mental de Cascavel – Iara Bach, o primeiro CAPS atendia apenas crianças e adolescentes usuários de drogas, porém como havia demanda, também realizaram por um tempo, atendimento à crianças e adolescentes acometidos de transtornos mentais. Entretanto, quando o CAPS se torna CAPSi, deixa de atender aos dependentes químicos, prestando assistência apenas ao público infanto-juvenil com transtornos mentais. A princípio, esta falta de atendimento não foi problema, porque ainda havia o hospital psiquiátrico na cidade, mas a partir do momento em que ocorreu o fechamento da instituição surgiu a necessidade da criação de serviços para atender as diversas necessidades da população.

Para Iara Bach, a ampliação destes serviços ocorreu porque houve uma pressão da sociedade em geral para que o município passasse a oferecer outros serviços para atender a população que necessitava de assistência. Neste contexto de reivindicação foi criado em 26 e junho de 2004, o CAPSad, para atender crianças e adolescentes dependentes químicos.

Então foi o nosso primeiro CAPS, o CAPSi que na época atendia crianças e adolescentes dependentes químicos depois passou a atender também com transtornos mentais porque não tinha outro serviço. Então ele acaba atendendo todas as demandas. Então foi a partir do CAPSi que a gente separou os atendimentos de dependência química e os de transtorno mental. O CAPSi passou a atender só transtorno mental e a dependência química na época ficou meio sem assistência. Houve toda uma mobilização da própria sociedade para que o município também viabilizasse um serviço específico pra atendimento às crianças e adolescentes usuários de drogas e aí em 2004 inauguramos aqui em Cascavel o CAPSad para crianças e adolescentes, é um CAPS específico que atende o público infanto-juvenil [usuários de drogas] e nesse período lógico que a demanda vai sempre crescendo e o município sentiu necessidade de ampliar a oferta de serviços sociais hospitalares, então

implantado aqui também em 2006 o CAPS 3 que atende adultos, casos graves, crônicos de saúde mental, transtornos mentais. (BACH Iara, 2016).

De acordo com os documentos encontrados no Conselho Municipal de Saúde - CMS, a discussão sobre a elaboração do Plano Municipal de Saúde Mental iniciou-se no ano de 2001 e ao final deste mesmo ano foi aprovado pelo CMS e pelos demais órgãos competentes para dar início ao seu funcionamento. Ocorreram diversos debates referentes à implantação dos serviços substitutivos de assistência à saúde mental, entretanto, conforme já mencionado, pouco ou nada foi ampliado antes do fechamento do hospital psiquiátrico.

Neste sentido, observou-se que no Relatório de Gestão apresentado pela Prefeitura Municipal de Cascavel em 2002, uma das metas era a transferência de recursos destinados aos internamentos psiquiátricos para investimento no atendimento ambulatorial, com a intenção de ampliar a assistência extra-hospitalar à saúde mental.

Figura 16: Relatório de Gestão da Prefeitura Municipal de Cascavel – 2002.

4.2 Financiamento			
4.2.1 Transferir os gastos com Internações por Transtornos Mentais no SUS para a atenção ambulatorial.			
META PARA 2002: Ampliar a oferta de serviços ambulatoriais (Hospital-Dia, NAPS, CAPS, ambulatório)			
INDICADOR SELECIONADO PÁRA AVALIAÇÃO	SITUAÇÃO REGISTRADA EM 2001	SITUAÇÃO REGISTRADA EM 2002	META ALCANÇADA EM 2002
No. de Unidades de Saúde que apresentaram ampliação na oferta de serviços.	1 Naps criança e Adolescente	Não houve ampliação na oferta de serviço	Meta não alcançada

Justificativa: O projeto de Saúde Mental que prevê a ampliação de serviços ambulatoriais foi aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde somente no final de 2001 e no decorrer do ano de 2002 não foram realizadas ampliações de serviços, apenas a reorganização do NAPS para CAPSi.

Fonte: Conselho Municipal de Cascavel, 2002.

Na Ata da reunião do CMS realizada em março de 2003, uma das integrantes do Conselho afirmou que não adiantava nada o CMS deliberar sobre os encaminhamentos do Projeto de Saúde Mental de Cascavel e os gestores públicos não se manifestarem e nem tentarem implantar o projeto. Para esta integrante do CMS, faltava vontade do poder público e era necessário que houvesse uma ação conjunta para implantação de rede alternativa de assistência à saúde mental na cidade.⁴⁵ (CMS, 2003)

Na edição do Jornal O Paraná de 28 de setembro de 2003 foi publicada uma matéria sobre projetos para a saúde mental, envolvendo o fechamento do hospital psiquiátrico e o

⁴⁵ Ata da 1ª reunião Extraordinária do CMS, Cascavel. 25/03/2003.

poder público municipal. Nessa matéria foram veiculadas duas visões sobre esse assunto: uma delas apresenta a visão da Secretaria Municipal de Saúde e suas propostas para atendimento psiquiátrico, a outra expõe o que o Sindicato dos Estabelecimentos Hospitalares pensava sobre a mudança na legislação em saúde mental. De acordo com o texto da manchete:

Com o fechamento do Hospital São Marcos e as exigências do novo projeto para a psiquiatria, a Secretaria de Saúde de Cascavel está criando projetos para acolher os pacientes e a nova demanda. Com o ‘De volta para casa’, a sociedade vai precisar reformular conceitos, já que os doentes serão ressocializados e apenas casos graves serão internados, na rede geral, que alega não estar preparada para isso. (JORNAL O PARANÁ, Cascavel, 28/09/2003, p. 1).

Já na abertura, o periódico indica os embates sobre a saúde mental no município. Uma questão interessante dessa manchete que pretendo destacar refere-se à reformulação de conceitos sobre o doente e a doença mental e, especialmente sobre a forma de olhar para a “loucura”. Na perspectiva de Tonini, da qual compartilho:

[...] não basta apenas desfazer o aparato manicomial e a cultura manicomial ainda hegemônica no cenário psiquiátrico, mas, sobretudo construir uma nova maneira de a sociedade lidar com a ‘loucura’. A desconstrução do manicômio implica em reinventar não só a psiquiatria, mas a própria sociedade em que vivemos. (TONINI, 2005, p. 43)

Para Scarelli, além dos investimentos na assistência psiquiátrica é preciso repensar as práticas assistenciais e os significados da expressão saúde mental. Em outras palavras, fechar hospitais psiquiátricos, implantar serviços substitutivos, mas não dialogar com a sociedade para promover uma mudança cultural, a forma de olhar para o doente mental continuará a mesma. Segundo a autora:

Saúde mental é uma dessas expressões polissêmicas que denotam vários significados. Entende-la como campo de saber e de práticas é uma forma de agregar seus múltiplos entendimentos considerando o diálogo estreito com várias disciplinas e tipos de saberes, a desconstrução das heranças da psiquiatria clássica e das instituições totais, bem como a proposição de outro lugar social para a manifestação da loucura e para o cuidado oferecido pelos serviços de saúde e pela sociedade frente ao sofrimento psíquico. (SCARCELLI, 2011, p.19).

Quando a reportagem foi publicada faltava pouco mais de um mês para o fechamento do Hospital São Marcos e os serviços substitutivos ainda não estavam totalmente organizados e implantados, muito menos os hospitais gerais estavam preparados para atender a nova demanda. O que se percebe, de acordo com o conteúdo dessa matéria, é uma precariedade na assistência à saúde mental do município nesse período. O grande desafio naquele momento

era a criação de novos projetos para a saúde mental e a implementação dos que haviam sido propostos no Projeto Municipal de Saúde Mental. Vejamos a visão da Secretaria Municipal de Saúde:

Figura 17: "Fim do Hospital São Marcos: Saúde estuda meios de acolher pacientes"

Fechamento do hospital e novo projeto federal estão exigindo adaptação

Cascavel – Com o descredenciamento do Hospital São Marcos - que até o final do ano deixará de atender pacientes psiquiátricos de Cascavel e região - a Secretaria Municipal de Saúde já está estudando alternativas para absorver a demanda. Várias ações estão sendo desencadeadas, já que o município terá que prestar atendimento tanto aos pacientes como às famílias.

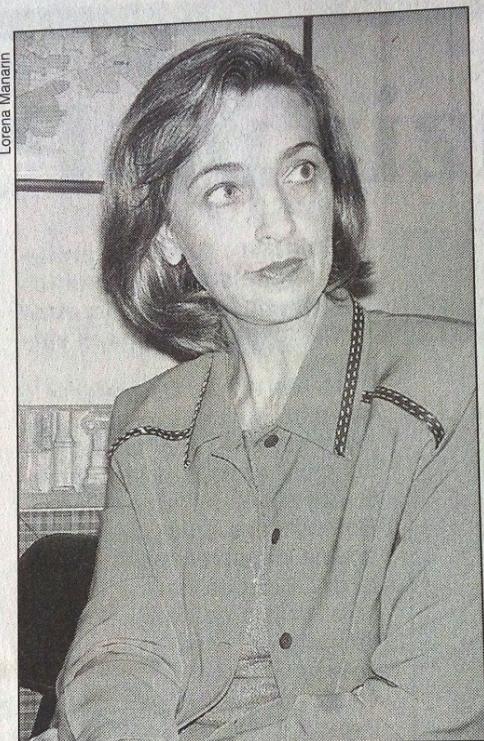
"O município não está preparado, mas estudamos saídas para o desafio lançado com a reforma psiquiátrica que, embora antiga, é polêmica e tem, como finalidade maior, tirar os pacientes dos hospitais", disse a secretária Lilimar Mori, lembrando que, o fim dos denominados manicômios visa a ressocialização dos doentes.

A psiquiatria sempre foi re-

deles, quando recebe tratamento adequado, têm condições de conviver.

É justamente isso que prevê o projeto, mas para que os pacientes sejam acompanhados é necessário dispor de atendimento ambulatorial e contar com leitos hospitalares para atender surtos psicóticos. "Precisamos dispor de um serviço permanente", disse Lilimar.

Lilimar Mori: adaptação e projetos



ESTRUTURA

A secretaria já dispõe do Centro de Assistência Psicossocial (CAPS), que conta com uma unidade voltada a crianças e adolescentes, o CAPSi. Está sendo criada estrutura voltada a dependentes químicos, que será denominada CAPSad, e será lançado, no dia 10 de outubro, o Ambulatório de Saúde Mental, um centro de triagem que vai atender doentes psiquiátricos, pacientes que serão desligados do São Marcos, além da demanda da área da saúde e da área judicial.

Fonte: JORNAL O PARANÁ Cascavel, 28 de setembro de 2003, p. 14.

Outro elemento interessante tratado no jornal refere-se à falta de estrutura dos hospitais gerais para atender os pacientes com transtornos mentais. A política nacional para saúde mental prevê que os hospitais gerais destinem 10% de seus leitos para psiquiatria, podendo atingir no máximo 30 leitos psiquiátricos em um hospital geral. De acordo com o Jornal O Paraná, ao final de 2003 os hospitais gerais de Cascavel não estavam preparados

para atender a demanda de pacientes que passariam a existir após o fechamento do Hospital São Marcos.

No entanto, 15 anos se passaram e até hoje os hospitais gerais de Cascavel continuam não oferecendo assistência psiquiátrica.⁴⁶ Essa questão é um dos pontos fortes do movimento que critica a reforma psiquiátrica, pois foram fechados leitos psiquiátricos nos hospitais especializados, mas não foram abertos novos leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Esta é uma realidade presente em boa parte do país e, no município de Cascavel não é diferente.

Atualmente o único hospital a oferecer vagas para atendimento psiquiátrico é o Hospital Universitário ligado à Universidade Estadual do Oeste do Paraná que possui 17 leitos para crianças e adolescentes usuários de drogas. Para que o HU passasse a ofertar leitos psiquiátricos em suas dependências foi preciso que o Ministério Público movesse uma ação judicial contra o HU, questão que discutirei no último capítulo.

Os outros hospitais existentes na cidade, todos privados, alguns mantêm convênios com o SUS, mas não ofertam leitos psiquiátricos e nem manifestam interesse em ter estes leitos especializados. Segundo a Gerente da Divisão de Saúde Mental de Cascavel, Iara da Costa, os hospitais gerais não querem assumir esta demanda porque o custo desta modalidade de atendimento é muito alto. Para os representantes dos hospitais a verba que o governo repassa para resarcimentos dos atendimentos é insuficiente para cobrir os custos. Vejamos na imprensa os motivos alegados pelo Sindicado dos Hospitais para recusar o atendimento à oferta de leitos psiquiátricos:

⁴⁶ Atualmente o município de Cascavel possui 10 hospitais: Hospital Universitário e o CEDIP (Centro Especializado de Doenças Infecto Parasitária) são totalmente públicos; o Hospital São Lucas, Hospital Dr. Lima, Hospital Gênesis, oferecem apenas atendimento privado; Hospital Nossa Senhora da Salete, Policlínica, Hospital Santa Catarina, União Oeste Paranaense de Estudos e Combate ao Câncer (UOPECCAN) e o CEONC – Centro de Oncologia são privados, mas possuem convênio com o SUS. Estes hospitais totalizam 958 leitos: 605 particulares e 353 são conveniados ao SUS.

Figura 18: Fim do São Marcos e a Falta de Estrutura dos Hospitais Gerais.

Hospitais não dispõem de estrutura física e funcional

Cascavel – Com o novo modelo de tratamento psiquiátrico preconizado pelo governo federal, hospitais da rede geral estão preocupados com a falta de estrutura física e funcional para atender determinadas patologias. Em Cascavel a situação não é diferente e gera preocupações.

De acordo com a presidente do Sindicato dos Estabelecimentos Hospitalares de Cascavel e Região, Carla de Lima, a rede hospitalar não dispõe de alas de isolamento necessárias aos pacientes com crises de psicose, já que são pessoas com comportamento agressivo e que necessitam, ainda, de acompanhamento de pessoas treinadas.

“Nossos funcionários não estão preparados para lidar com este tipo de paciente. Além dis-

so, a estrutura física precisará ser remodelada e hoje, os hospitais não têm condições financeiras de investir em ampliações”, afirmou, levantando outro questionamento: “Será que teremos leitos disponíveis, já que sempre faltam, principalmente pelo SUS?”.

Carla disse que a rede geral já atende e trata pacientes psiquiátricos, como casos de depressão, neurose, tentativa de suicídio e outros de menor gravidade, que quando medicados reagem bem. “A rede pode até vir a atender psicóticos, mas vai precisar de muito tempo para se reformular, inclusive treinando pessoal e disponibilizando uma equipe multidisciplinar, além do profissional da área de psiquiatria”, explicou.



Carla de Lima

Fonte: JORNAL O PARANÁ Cascavel, 28 de setembro de 2003, p. 14.

De acordo com a reportagem, os hospitais gerais não possuíam pessoal capacitado, faltava infraestrutura e não possuíam recursos para investir, seja em capacitação profissional ou remodelação de espaço físico. Para o Promotor de Saúde Pública, ainda hoje, os hospitais gerais não oferecem assistência psiquiátrica porque o valor da diária repassada pelo SUS para atendimento psiquiátrico em hospital privado, em geral é baixa, pois é necessário que se tenha uma equipe especializada, mas não há incentivo financeiro suficiente para tal. Segundo o promotor, nesse ponto, a reforma psiquiátrica se coloca como contraditória:

[...] Veja o contraditório, eu quero ter um leito para atendimento em hospital geral de cada caso que exija uma retaguarda de leitos, mas eu tenho um valor para credenciamento federal por esse leito, que é muito bom, trezentos e poucos reais por mês, por dia. Mas eu tenho um valor para leitos de média complexidade, que é o que eles acabam sendo quando num hospital geral, ou seja, quando um hospital geral aceita dois, três, quatro pacientes psiquiátricos para tratar um surto psiquiátrico, ele acaba sendo levado por

um preço de um leito de média complexidade, quarenta, sessenta, cento e vinte reais a diária e não pelo preço de um leito psiquiátrico especializado que seria alta complexidade em psiquiatria. Ou seja, eu não quero ter leitos em hospital especializado, o ministério da saúde, a política nacional não quer ter leitos em hospital especializado, mas precisa e reconhece que é necessário ter leitos em hospitais gerais para o atendimento de uma demanda existente que são de pacientes que precisam desse suporte de retaguarda, para depois serem reintroduzidos na rede, ou melhor, para poderem girar dentro da rede. Em determinado momento eles vão surtar, vão precisar, só que o ministério da saúde não reconhece o leito em hospital geral como leito de alta complexidade de psiquiatria, porque ele não é especializado e não sendo especializado ele é baixo remunerado, e sendo baixo remunerado os hospitais não tem interesse em aceitar essa clientela, ou criar esse tipo de serviço, porque eles precisam de um corpo clínico diferenciado que não lhes vai ser de proveito para as outras especialidades que atendem e que precisam de um espaço diferenciado: um espaço com terapia de grupo, um espaço para atividades externas, um espaço para contato com a população enquanto eles conversam com a assistente social. Enfim, eles precisam de uma equipe multidisciplinar que precisa ser paga pelo hospital, ou seja, o leito geral com os pacientes inerentes àquele leito se cobre com a equipe que já existe no hospital, mas quando o hospital aceita disponibilizar alguns dos seus leitos para clínica psiquiátrica, ele necessita dispor de uma equipe de uma mão de obra que ele ainda não tem, e aí pra contratar essa mão de obra ele fica onerado por um custeio muito baixo. A solução é pagar como leito especializado, como alta complexidade todo e qualquer leito ocupado por paciente psiquiátrico. Mas a própria estrutura da política antimanicomial deve ter desestimulado o desenvolvimento de leitos. Então criou-se uma situação contraditória. Há uma contradição com o qual nós estamos trabalhando, temos que ter na rede serviços de leitos para internações psiquiátricas, é um serviço tão importante quanto o CAPSad. Temos que ter! Ele não pode ser o centro da política, por isso não nos interessa ter muitos serviços especializados, mas nós temos que ter leitos nos hospitais gerais, mas ao mesmo tempo o sistema de financiamento do leito em hospital geral não é interessante em um hospital e não é economicamente interessante para rede conveniada, e a rede própria não dispõe de serviços pra isso, a rede própria não se adequou a rede de hospitais públicos. Então o que nos reporta à uma situação claudicante da rede, a rede tem um buraco, ela tem uma lacuna, ela precisa cobrir essa lacuna, e ela precisa cobrir essa lacuna estimulando a criação de leitos como retaguarda e não de leitos como principal atendimento à saúde. (MAZZUCHI Ângelo, 2017).

De acordo com o depoimento do Promotor de Saúde Pública existe uma lacuna na rede de assistência à saúde mental, pela falta de leitos psiquiátricos para atender a demanda de pacientes que necessitam destes serviços. Se analisarmos sua fala em conjunto com os documentos encontrados, podemos afirmar que o principal problema da Rede de Assistência Psiquiátrica hoje é a não transferência de verba. Ou seja, o Ministério da Saúde promoveu o fechamento dos hospitais psiquiátricos, mas não redefiniu a verba antes destinada ao modelo hospitalocêntrico para a assistência psiquiátrica alternativa.

Atualmente o município de Cascavel tornou-se um centro de referência, pois atende todas as especialidades médicas, possui médicos capacitados e laboratórios bem equipados. A cidade conta hoje com 10 hospitais, sendo que 3 deles são privados, 2 são públicos (um deles é o Hospital Universitário ligado a Universidade Oeste do Paraná- Unioeste) e 5 são privados, mas mantêm convênio com o SUS.

De acordo com a recomendação da Organização Mundial de Saúde, o número de leitos deve ser de 3 a 5 leitos a cada mil habitantes.⁴⁷ Já para o Ministério da Saúde, o ideal é um pouco abaixo desse número, sendo estabelecido entre 2 a 3 leitos para 1.000 habitantes.⁴⁸ Neste sentido, o Jornal Gazeta do Povo em 11 de setembro de 2012 publicou uma matéria sobre a falta de leitos no Brasil. De acordo com o conteúdo desse texto:

Considerando apenas os leitos de internação disponíveis para atendimento público, o país tem 1,85 leitos a cada grupo de mil habitantes – número inferior ao preconizado pelo próprio Ministério da Saúde, que é de dois a cada mil habitantes, em áreas urbanas. (JORNAL GAZETA DO POVO, 2012.)

Em relação ao Estado do Paraná, embasada nas informações retiradas da página do Ministério da Saúde, DATASUS e do IBGE, ambas referentes ao ano de 2009, considerando apenas os leitos disponíveis pela rede pública e a privada conveniada ao SUS, observa-se que nesse período o Estado possuía um percentual de 2,065 leitos para cada grupo de 1.000 habitantes. Apenas um pouco acima da média nacional, mas ainda dentro daquilo considerado como ideal pelo MS.⁴⁹

No que se refere ao município de Cascavel, de acordo com o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES o município possuía até dezembro de 2017 um total de 1.196 leitos para todas as modalidades de atendimento à saúde.⁵⁰ Deste total, apenas 603 pertencem à rede pública de saúde. Em face aos dados apresentados, é importante destacar que leitos existentes não significam que eles estão disponíveis para a população. Há que se considerar alguns fatores, como por exemplo, questão geográfica, indicadores

⁴⁷ Organização Mundial de Saúde – OMS. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43541/5/978857288839_por.pdf?u=1. Acesso em 15/01/2018.

⁴⁸ Embora já passaram 9 anos desses números de leitos, é importante destacar que as últimas informações referentes à este tema, registrado no site do IBGE datam de 2009.

⁴⁹ De acordo com o Ministério da Saúde a fórmula para calcular o percentual de leitos por habitantes é: Número de leitos (22.076) ÷ População Total (10.686.228) × 1.000 = percentual de leitos (2,065 leitos/1.000 habitantes) Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabcards/LivroIDB/2edrev/e03.pdf>. Acesso em 15/01/2018.

⁵⁰ BRASIL, Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. Pesquisa selecionada “Leitos” em Cascavel-Paraná. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=41&VMun=410480&VComp=201712 Acesso em 15/01/2018.

socioeconômicos e principalmente a diferença entre leitos públicos e privados. Se levarmos em consideração apenas o número de leitos públicos ou que possuem convênios com o SUS, cadastrados no CNES, teremos um total de 603 leitos. Aplicando a fórmula de cálculo obteremos um total de 1,90 leitos para cada 1.000 habitantes. Abaixo da média estadual e apenas poucos decimais acima da média nacional. Todavia, abaixo do considerado ideal pelo MS e aquém das recomendações da OMS.

Além disso, se levarmos em consideração a área de abrangência do município, por ser a sede da 10ª RS, teremos um total populacional de 514.335 habitantes e um número de 1,17 leitos por mil habitantes. Neste último caso, é importante considerar que em alguns municípios de menor porte pertencentes a essa regional, existem pequenos hospitais que possuem leitos para internamento, como por exemplo, a cidade de Capitão Leonidas Marques que possui 32 leitos SUS. Em contrapartida, há outras cidades que não possuem nenhum leito, como por exemplo, o município de Santa Tereza do Oeste, distante cerca de 21 km de Cascavel e totalmente dependente dos leitos existentes em Cascavel. Para concluir, essas informações, entre outros elementos, apontam a desigualdade existente na distribuição de leitos nessa região, bem como a falta deles para atendimento da população.

Conforme já mencionado anteriormente, a atenção primária é realizada nas unidades básicas de saúde. Para a atenção especializada em psiquiatria há 4 unidades de tratamento e atendimento de urgências, além de alguns dos hospitais credenciados ao SUS. No que se refere à saúde mental, o município conta atualmente com 4 unidades de atendimento. São elas:

Centro de Atendimento em Saúde Mental (CASM): é um serviço com característica de assistência, ensino e pesquisa, inserido na rede pública municipal de atenção à saúde mental. Tem a função de atender os indivíduos adultos que apresentam sofrimento psíquico e/ou desvio de comportamento, bem como suas famílias, para que possam o mais breve possível estar novamente inseridos em suas atividades cotidianas, buscando a ressocialização e o exercício da cidadania.

- **Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSI):** Garantir a assistência à criança e ao adolescente com transtorno mental e de comportamento, dando suporte ao usuário e sua família, visando a recuperação e a reinserção na comunidade, respeitando e estimulando a autonomia do usuário.

- **Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPSad):** Garantir assistência a crianças e adolescentes com transtornos decorrentes do uso e dependência de álcool e outras drogas, proporcionando-lhes tratamento, reabilitação e ressocialização junto à família e comunidade.

- **Centro de Atenção Psicossocial para Transtornos Mentais Severos (CAPS III):** Se constitui em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diárias, feriados e finais de semana. Este serviço deve atuar no acompanhamento dos pacientes de forma intensiva, semi-intensiva e não

intensiva fixado pelo plano terapêutico elaborado pela equipe responsável pelo atendimento. Objetivo Geral: 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, garantindo assistência à pessoa adulta com transtorno mental ou comportamental e/ou com transtornos decorrentes do uso e dependência de álcool e outras drogas. Terá como público alvo o atendimento às pessoas adultas com transtornos mentais severos e persistentes e/ou com transtornos decorrentes do uso e dependência de álcool e outras drogas, residentes no município de Cascavel.

- Serviços Residenciais Terapêuticos:

A Portaria 106, do Ministério da Saúde, de 11 de fevereiro de 2000, cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, que se constituem em moradias ou casas, preferencialmente na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais com graves dependências institucionais, que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares. Estes serviços devem atuar como suporte promovendo a reinserção gradual destes indivíduos a vida comunitária. Objetivo Geral: Implantar os Serviços Residenciais Terapêuticos no município de Cascavel/PR, visando o cuidado aos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência que não possuam suporte social e laços familiares. (CASCAVEL, 2016)⁵¹

Além destas unidades de atendimento à saúde, o município possui ainda uma Rede Ambulatorial Especializada:

Centro Regional de Especialidade (CRE/CISOP), através do SIM-PR (Serviço Integrado de Saúde Mental do Paraná): O Município de Cascavel dispõe de um Centro Regional de Especialidades (CRE), que funciona em nível de Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná (CISOP), atendendo aos 25 municípios que participam do consórcio através de cotas previamente estabelecidas. Cascavel possui 52,24% das consultas ofertadas, sendo que os 47,76% restantes são divididos entre os outros 24 municípios. (CASCAVEL, 2016)⁵²

Ao refletir sobre o conjunto de fontes ao longo da pesquisa, foi possível perceber que a Rede de atendimento à saúde mental no município de Cascavel está bem estruturada diante da realidade da maioria dos municípios do Paraná. Em contrapartida, quando o assunto é leitos para internamento, conforme vimos anteriormente, a realidade se transforma, colocando-se como insuficiente para a demanda existente, especialmente no que se refere a leitos especializados em psiquiatria.

⁵¹ CASCAVEL, Prefeitura Municipal. Unidades Especiais de Saúde. Disponível em: <http://www.cascavel.pr.gov.br/secretarias/saude/pagina.php?id=139>. Acesso em 10/10/2016

⁵² CASCAVEL, Prefeitura Municipal. Unidades de Saúde. Disponível em: <http://www.cascavel.pr.gov.br/secretarias/saude/pagina.php?id=136>. Acesso em 10/10/2016.

Ao analisar a realidade da saúde mental no município de Cascavel foi possível perceber que a assistência psiquiátrica está, de certa forma, estruturada para um atendimento em Rede. Isto significa que ao dar entrada no sistema de saúde, o usuário passará a ser atendido por diversos serviços. Além disso, o município oferta serviços e especialidades que outras regiões do Estado não possuem, tornando-a referência em saúde, inclusive saúde mental para a região em que está inserida.

Todavia, a exemplo do percentual de leitos apresentados anteriormente, que se mostrou insuficiente para o contingente populacional, dizer que há uma estruturação da assistência psiquiátrica em Rede, não significa dizer que ela está em pleno funcionamento, muito menos, dizer que seja suficiente para a demanda existente. Pelo contrário, há muito que se estruturar para atingir índices satisfatórios, tanto em número de serviços ofertados, como em número de pessoas atendidas.

4.2- A REDE: MATRICIAMENTO E INTERSETORIALIDADE NO ATENDIMENTO À SAÚDE MENTAL

O município de Cascavel estruturou uma assistência psiquiátrica em Rede, ou seja, diversos serviços que oferecem apporte à saúde mental estão interligados, estabelecendo uma prática de atendimento em conjunto. Segundo o Ministério da Saúde, esses serviços reúnem diversos setores, integrando a participação efetiva de todos: saúde, educação, serviço social, esportes, entre outros. Para o Ministério da Saúde,

A rede de atenção à saúde é composta pelo conjunto de serviços e equipamentos disponíveis num determinado território geográfico, seja ele um distrito sanitário, um município ou uma regional de saúde. Esses serviços são como os nós de uma rede: uma Unidade Básica de Saúde, um Hospital Geral, um Centro de Atenção Psicossocial, o Conselho Municipal de Saúde, uma UPA, dentre outros. (BRASIL, 2013a, p.22)

Em termos teóricos, um sujeito com transtorno mental não é responsabilidade apenas de um determinado setor, pois a partir do momento que ele entra no sistema municipal de saúde, o paciente passa a ser responsabilidade de toda a equipe de servidores públicos, iniciando desde a atenção básica até os atendimentos mais complexos, sem que haja uma distinção de importância entre um e outro serviço. Em outras palavras, todos os serviços são componentes chaves para a rede assistencial.

De acordo com a Gerente da Divisão de Saúde Mental de Cascavel, o município conseguiu estruturar sua assistência a partir do Projeto Municipal de Saúde Mental. Nas palavras da Iara Bach,

Eu vejo que o município de Cascavel têm alguns serviços que outros municípios não têm. Eu acho que a gente, de uma forma ou de outra, a gente ainda é mais privilegiado. Nós conseguimos uma rede de atenção. Eu vejo que hoje se a gente tivesse todas as equipes de uma forma bem preparada, todos os serviços de uma forma bem estruturada e dando essa atenção conforme preconiza a reforma psiquiátrica, as portarias todas que já saíram, provavelmente, a gente conseguiria reduzir os internamentos ainda muito mais. Porém, hoje no município de quase trezentos e vinte mil habitantes, nós temos uma média de internamento de 15 pacientes mês. Eu não considero esse número alto, mas poderia ser menor ainda. A gente tem toda uma caminhada ainda para ser feita, para preparar esses profissionais, capacitar esses profissionais, principalmente da atenção básica e ainda na rede interceptora. Hoje a gente vem fazendo esse trabalho também, porque a pessoa com transtorno mental, usuário de drogas, ele não bate somente na porta de um serviço de saúde, ele vai bater na assistência, ele vai bater na cultura, nos esportes. Então, que todas essas portas estejam preparadas para acolher, para poder atender e oferecer aquilo que é de competência daquela política. Eu acho que se a gente chegar nesse nível para mim não precisa mais ter hospital psiquiátrico. (BACH Iara, 2016)

Na perspectiva da depoente, os serviços de atendimento à saúde mental precisam ser mais estruturados. Podemos considerar que o grande diferencial da cidade é que existe uma Rede que, em parte, está organizada. Porém, diante da fala supracitada e ao longo da pesquisa realizada, foi possível constatar que os serviços existentes não são suficientes para atender a demanda. Em suma, precisa-se de mais serviços habilitados e mais profissionais capacitados para atender um maior número de pessoas em cada um dos serviços já existentes no município.

De acordo com Schechtman e Alves, um dos grandes desafios da assistência à saúde mental hoje é fazer com que os serviços se ampliem e, acima de tudo,

A Tarefa primordial é fazer com que os serviços comunitários se configurem como tal: sejam acessíveis, estejam próximos às pessoas, estejam disponíveis o maior tempo possível, formem uma rede de proteção social e apresentam um conjunto de ofertas de programas e atividades adequadas à população que os frequenta e não aos profissionais e seu conhecimento ali instalados. (SCHECHTMAN; ALVES, 2014, p.55).

Segundo a Gerente da Divisão de Saúde Mental, a demanda para assistência psiquiátrica é crescente e os serviços de atendimento em Rede têm procurado desenvolver

diversas estratégias para ampliar seu modelo de assistência. Para Bach, uma das estratégias significativas é o matriciamento. Em suas palavras:

Nós estamos hoje trabalhando com matriciamento de saúde mental. Então todos os serviços de saúde mental já estão fazendo os grupos de apoio, às equipes da atenção básica para que os casos leves e alguns moderados permaneçam sob os cuidados da equipe de atenção básica, eles referenciam os casos realmente mais graves, mais severos para atendimento nos CAPS. (BACH Iara, 2016).

O projeto de matriciamento em saúde mental é uma proposta do Ministério da Saúde que consiste na articulação entre os diversos setores de atendimento à saúde. Em 2011 o MS publicou um Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental que é um documento norteador para a sua implantação nas unidades de saúde de cada município que optar pela implantação do matriciamento.

De acordo com este Guia Prático, o “matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica.” (CHIAVEIRINI, 2011, p. 13). Esta proposta de apoio matricial foi elaborada pelo Prof. Dr. Gastão Wagner de Souza Campos⁵³ para atuação na saúde coletiva, difundindo a ideia de um cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção primária.

Na perspectiva do documento elaborado pelo Ministério da Saúde, tradicionalmente “os sistemas de saúde se organizam de uma forma vertical (hierárquica), com uma diferença de autoridade entre quem encaminha um caso e quem recebe, havendo uma transferência de responsabilidade ao encaminhar”. (CHIAVERINI, 2011, p.13). A crítica é de certa forma, a partir desta transferência de responsabilidade há um rompimento no diálogo entre os diversos profissionais que possam ter realizado o atendimento do paciente ou quando há algum tipo de comunicação, na maioria das vezes ocorre de forma precária e em comunicados oficiais por escrito, que não geram nenhum benefício à saúde do paciente. Neste guia,

A nova proposta integradora visa transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde: encaminhamentos, referências e contrarreferências, protocolos e centros de regulação. Os efeitos burocráticos e pouco dinâmicos dessa lógica tradicional podem vir a ser atenuados por ações horizontais que

⁵³ O médico sanitarista Gastão Wagner de Sousa Campos, é professor titular do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp. Presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva ([Abrasco](http://www.gastaowagner.com.br/)), para o mandato de três anos (2015-2018). Disponível em: <http://www.gastaowagner.com.br/>. Acesso em 26 de janeiro de 2017.

integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais. (CHIAVERINI, 2011, p. 13)

Seguindo este modelo de assistência à saúde é importante que as duas equipes que farão o atendimento, a equipe de referência da Unidade Básica de Saúde e a equipe de apoio matricial, estejam cientes do que consiste o matriciamento em saúde mental. Segundo este Guia Prático, “o matriciamento não é encaminhamento ao especialista; não é o atendimento individual pelo profissional de saúde mental e nem intervenção psicossocial coletiva realizado apenas pelo profissional de saúde mental” (2011, p.14). O Apoio Matricial é uma ação conjunta e integradora entre diversos setores e profissionais da saúde.

Dentro dessa perspectiva, o médico psiquiatra deixa de ser a figura central e de exercer o seu poder total sobre a loucura. Com a proposta de matriciamento e dos serviços em Rede, outros profissionais passam a fazer parte do processo de identificação e assistência ao louco. De acordo com Foucault:

Por muito tempo e, em boa parte, ainda em nossos dias, a medicina, a psiquiatria, a justiça penal, a criminologia permaneceram nos confins de uma manifestação da verdade nas normas do conhecimento e de uma produção da verdade na forma da prova, tendendo esta sempre a se ocultar sob aquela e a se fazer justificar por ela. A atual crise dessas ‘disciplinas’ não põe em questão apenas os limites e as incertezas delas no campo do conhecimento, a norma ‘sujeito-objeto’; ela interroga as relações entre as estruturas econômicas e políticas da nossa sociedade e o conhecimento (não em seus conteúdos verdadeiros ou falsos, mas em suas funções de poder-saber). (FOUCAULT, 2006, p.439)

Nesse modelo de atendimento, o médico clínico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional é que se tornam profissionais de referência para a saúde mental, constituindo-se uma equipe multidisciplinar que, de certa forma, limita o poder do psiquiatra. Como exemplo disso, podemos citar o fato das coordenadoras dos serviços de saúde mental de Cascavel serem psicólogas, assistentes sociais, pedagoga com especialização em saúde mental. Em nenhum dos serviços a referência principal está no médico psiquiatra. Para Foucault (2006) é o hospital psiquiátrico que legitima o poder do médico psiquiatra e como este já não é mais o foco do tratamento à loucura, o psiquiatra perde sua hegemonia sobre a doença, pois o poder/saber, neste modelo assistencial está imbricado a outras especialidades.

Iara Costa⁵⁴, em um trabalho realizado para conclusão de curso de pós-graduação em Saúde Mental apresenta a sua perspectiva sobre o matriciamento. Para a autora:

O Apoio Matricial constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas, em que categorias diferentes estão envolvidas na construção dos Planos Terapêuticos Singulares. Neste contexto, a equipe matricial compartilha alguns casos com a equipe de saúde local, e esse compartilhamento se produz em forma de corresponsabilidade pelos casos. Um dos objetivos principais do apoio matricial é a formação permanente do profissional para acompanhamento dos casos de saúde mental no território, a partir da noção de clínica ampliada, ou seja, não é a oferta de consultas psicológicas, medicas ou de outros profissionais, mas sim o apoio/atendimento/suporte visando à integralidade do ser humano. (COSTA, 2011, p. 4)

Para a autora, a assistência à saúde mental a partir do matriciamento tem um papel articulador da Rede, “buscando o estreitamento de laços entre o campo de saúde mental e a comunidade, desenvolvendo um trabalho compartilhado de cuidados às pessoas com transtornos mentais junto à Atenção Básica” (COSTA, 2011, p. 5).

Na visão de Iara Bach, apresentada em seu depoimento, o atendimento em Rede e o desenvolvimento do matriciamento em saúde mental no município têm sido fatores decisivos para que a Secretaria de Saúde do município consiga oferecer aporte assistencial para um maior número de pacientes. Segundo a depoente, desde 2008 o município de Cascavel iniciou um trabalho intersetorial, no qual a saúde mental se articula com outras áreas da saúde, da assistência social e de outras secretarias para realizar um atendimento mais amplo e abrangente. Na perspectiva da depoente, esta prática de trabalho tem contribuído para que outros profissionais trabalhem articulados com a saúde mental e que sejam capazes de reconhecer quando um adolescente é usuário de drogas ou tem algum transtorno mental.

Em 2008 nós iniciamos uma discussão de trabalho sobre a rede intersetorial e em 2010 ela se concretizou. A gente começou a discutir sobre outras políticas, não só problemas relacionados a transtornos mentais, mas são as que prevalecem e é o que apresenta mais dificuldade. Então esta rede foi se estruturando de uma forma que, a princípio, a gente tem muita dificuldade entre todos os profissionais, onde cada um defende o seu ponto de vista, seu serviço. Hoje já está numa caminhada em que a gente consegue ser solidário um com o outro e compartilhar com o outro. Quando a gente faz estudo de caso eles nunca são estudos de caso só da saúde, ou só da assistência, os

⁵⁴ A autora é Gerente da Divisão de Saúde Mental de Cascavel. Nas passagens do texto que utilizei seu depoimento, faço referência à ela como BACH, para diferenciar de outros depoentes com o mesmo sobrenome. Já nos momentos em que utilizei um texto de sua autoria, escrito para conclusão de pós-graduação em saúde mental, a referencio como COSTA, por questões de normas técnicas da ABNT.

estudos de caso são sempre em rede intersetorial. Então hoje a assistência consegue reconhecer a pessoa com transtorno mental, o usuário de drogas. A cultura está abrindo as portas, o esporte está abrindo as portas, a educação, outra visão depois que a gente começou. Nós temos uma rede constituída de profissionais que se reúnem mensalmente para discutir e para elaboração de documentos, de fluxos, de ficha intersetorial. Temos as reuniões também, por exemplo, de criança e adolescente uma comissão e do adulto outra comissão que discute toda a política do adulto e a outra que discute toda a política da criança e adolescente, equipes também intersetoriais que fazem reuniões mensais em que a gente apresenta situações que são comuns à todos. Eu vejo que Cascavel tem avançado bastante nessa questão da discussão de rede e hoje a gente consegue dialogar legal como outra política da secretaria. Você acessa, você procura, e quando você precisa encaminhar um caso para complementar o seu trabalho, é aceito de uma forma que não é como era anteriormente como se não fosse problema meu, como se eu não tenho nada a ver com isso, a gente já avançou nesse sentido bem significativamente com a rede intersetorial que já está instituída. (BACH Iara, 2016)

Em seu depoimento, Iara Bach informou que a entrada do paciente na Rede de atenção à saúde mental se dá através dos postos de saúde. Ou seja, o sujeito que necessita de assistência psiquiátrica procura a Unidade Básica de Saúde – UBS de seu bairro e lá é feito um atendimento inicial e depois os profissionais que fizeram o contato prévio indicam para qual centro de atenção psicossocial o paciente deverá ser encaminhado. (BACH, 2016).

Uma questão importante quando se fala em matriciamento e reorganização dos serviços de saúde mental em Rede é a noção de território, pois este será o espaço de referência para os usuários dos serviços. De acordo com Pitta (2001, apud. REIS, 2009, p. 40), uma das primeiras ações a se fazer é a ”organização de um território que contemple todos os serviços e iniciativas referentes a demandas de doenças apresentadas pelos usuários ou equipe de saúde.”

Esse território deve ser pensado “como um espaço vivo, onde a população escolhe para a sobrevivência e a prática social.” (REIS, 2009, p.40). A territorialização nos serviços de saúde mental é primordial, pois tem como objetivo desenvolver ações múltiplas para garantir o cuidado e a inclusão do usuário dos serviços. De acordo com Reis (2009), o conjunto de ações e de profissionais que irão constituir o território precisa ser flexível e acessível para atender a demanda. Além disso, por se tratar de um espaço da vivência dos sujeitos, envolve também outros setores da sociedade, como por exemplo, a família, a comunidade, o comércio, diferentes serviços públicos. Enfim, constitui-se um conjunto de redes de sociabilidades em que o poder público precisa atuar objetivando o desenvolvimento do usuário e sua inclusão na sociedade.

Para a depoente, o matriciamento nas UBS tem contribuído para diminuir a demanda para os CAPS, pois em muitos casos, os profissionais das unidades básicas conseguem

encaminhar o tratamento e fazer o acompanhamento do paciente. Sem o matriciamento, ocorria que muitas vezes eram encaminhados pacientes que não necessitavam da assistência especializada daquele determinado serviço, ocupando a vaga de um paciente com transtornos mentais graves. (BACH, 2016)

Segundo a depoente, nas UBS “os profissionais da saúde mental, que oferecem apoio matricial são os mesmos que trabalham dentro dos CAPS e do ambulatório. Então são os mesmos profissionais e da atenção básica é uma equipe de médicos” (BACH, 2016). Na perspectiva da depoente, o matriciamento é também uma forma de capacitar os profissionais para realizar o atendimento em saúde mental, pois são realizadas reuniões para debates e estudos de casos e, nestes encontros é possível compartilhar experiências e aprofundar o aprendizado. Em suas palavras,

Como o matriciamento é bem pedagógico, a gente tem observado que além de algumas capacitações que temos feito sobre saúde mental, nós até fizemos duas agora em parceria com a Itaipu pra todas as equipes da atenção básica. Mas o matriciamento por si só é uma forma também de capacitar, conforme você vai sentando e discutindo com as equipes de atenção básica, os problemas, os casos, você vai automaticamente capacitando. A gente tem alguns relatos e experiências que a gente já está presenciando que nós tivemos uma unidade básica de saúde que tinha 80 pessoas em fila de espera aguardando para atendimento de saúde mental, para alguns serviços especializados e um curto prazo de tempo, mais ou menos sete ou oito meses de matriciamento, conseguiram já tirar todas essas pessoas da fila. Porém, matriciados mesmo, com profissionais de saúde mental foram uma média de 25 casos, os demais a própria equipe já conseguiu manejar. Então a gente percebe o quanto o matriciamento é pedagógico no sentido que você vai ao mesmo tempo discutindo o caso, tentando encontrar um encaminhamento para ele, você também capacita as pessoas pra que eles realmente deem conta das questões que são básicas. (BACH Iara, 2016).

Se pensarmos o número de pessoas na fila de espera mencionado pela entrevistada e o tempo que levou para tirar todos dela, não foi tão rápido assim como a depoente aponta. Para uma pessoa que necessita de assistência médica ficar de 7 a 8 meses esperando por atendimento é um tempo significativo, principalmente quando se trata de pessoas acometidas por algum transtorno mental que podem ter o seu quadro agravado com o passar do tempo. Neste sentido, podemos concluir que os serviços existem, quando executados registram resultados positivos, porém fica evidente que o motivo dessa demora no atendimento é a falta de investimento e de profissionais para atuar nesses serviços.

A saúde mental na cidade de Cascavel está organizada a partir de uma Rede de assistência psiquiátrica e, neste sentido, o Promotor de Saúde Pública de Cascavel afirma que

é este atendimento em Rede que faz com que a cidade tenha uma boa estrutura em saúde mental. Segundo Ângelo Mazzuchi não adianta o município oferecer diversos serviços para a assistência psiquiátrica se estes serviços estiverem isolados e descentralizados. Na sua visão, é necessário que todos os serviços dos municípios estejam articulados, desde a secretaria de saúde, de educação, de esportes e cultura para que se busque desenvolver uma ação conjunta e de fato, consolidar uma assistência psiquiátrica em Rede. (MAZZUCHI Ângelo, 2017).

Segundo o Ministério da Saúde, a Rede assistencial precisa estar articulada e manter uma boa comunicação entre as secretarias e a rede de apoio. A oferta de serviços por si só não garante a qualidade do atendimento e nem a resolutividade das enfermidades.

Para se pensar a Rede, não basta ter a oferta de serviços. É necessário refletir como esses serviços se relacionam entre si e como se estabelece a comunicação entre as diferentes equipes. É preciso garantir uma ampliação da comunicação entre os serviços e as pessoas; só assim podemos contribuir para que as redes de atenção sejam sempre produtoras de saúde em um dado território. [...] a construção de redes tornou-se um caminho necessário para permitir criar múltiplas respostas no enfrentamento das situações de saúde/doença. (BRASIL, 2013a, p. 24)

Além disso, é imprescindível que a articulação entre estes serviços ocorra de forma desburocratizada, com uma comunicação flexível entre as equipes de atendimento. Não pode haver hierarquização e nem estabelecimento de ordem de importância, sendo primordial que o atendimento em Rede seja construído de forma compartilhada. (BRASIL, 2013a, p.24).

Segundo Pitta (2001):

Pensar uma rede de atenção que seja, a um só tempo, efetiva, eficaz e eficiente sob o prisma técnico burocrático que costuma presidir a lógica da organização de serviços públicos de saúde, sem subestimar uma certa tecnologia da sensibilidade [...], capaz de fazer equipes e serviços acompanharem as pessoas e suas necessidades, em estratégias que costumam animar programas de humanização do atendimento e de processos de trabalho em saúde, é o grande desafio. Implica em incluir dimensões singulares e intersubjetivas que considere esperanças e valores éticos pró-ativos para uma cultura de solidariedade entre usuários, familiares, profissionais, gestores do SUS, grupos de interesse, sociedades organizadas, ONGs, legislativo e judiciário comprometidos em organizar uma rede de cuidados que enfrenta a complexidade da demanda (PITTA, 2001, p. 279 Apud. REIS, 2009, p.41).

Neste sentido, partindo das informações apresentadas na fala de Iara Bach, a articulação entre os diversos setores e secretarias do município para um melhor atendimento dos portadores de transtornos mentais já está instituída, dando-nos a compreensão de que é

aceito e visto por todos como algo positivo. Entretanto, cabe ressaltar que existem muitos profissionais, especialmente médicos, que ainda são resistentes à ideia do matriciamento e da intersetorialidade. Assim, ao mencionar o matriciamento de forma generalizante, podemos compreender o discurso de Bach, mais como uma mensagem política e/ou desejo de como gostaria que fosse o atendimento, do que realmente ele é na prática.

Ao conversar com Neiva Maria Leisenfeld, Coordenadora do Centro de Atenção à Saúde Mental – CASM, a depoente afirma que das 43 UBS que existem no município, atualmente apenas 15 realizam o trabalho a partir do matriciamento. Ou seja, é um número ainda pequeno diante da realidade e da necessidade do município, mas segundo sua fala, mesmo em baixo número, tem demonstrado efeitos positivos para o atendimento à saúde mental. Para Leisenfeld, o matriciamento é feito apenas nas unidades que demonstram interesse em realizar este tipo de atendimento. Em suas palavras:

A gente tem feito naquelas que demonstram interesse, porque a gente não força ninguém. Tem algumas equipes que acham que não é necessário, que não recebem isso muito bem. Então a gente faz só com aquelas que nos procuram. Já divulgamos, eu ofereço matriciamento toda vez que alguém me liga de uma unidade, mas eu deixo a cargo delas lá manifestar interesse, conversar com seu médico, com sua equipe lá, vê se tem necessidade ou não de estar realizando, aí ou a gente vai lá na unidade, ou eles vem até aqui.[...]

Franciele: Falta um pouco de interesse dos profissionais?

Neiva: Falta, não sei se tem mais alguma matriciando ali, se é a carga horária, se é liberação da coordenadora, não sei o que falta, porque nem todos são médicos de 20 horas, de 30 horas, ou então trabalham em mais de uma unidade. Então talvez isso atrapalhe um pouco, daí você tem que parar de atender uma tarde, uma manhã pra atender a população pra vir fazer matriciamento, às vezes isso também prejudica um pouco, o paciente já reclama que o nosso médico não está lá pra atender, às vezes tem um pouco de receio em sair do local de trabalho, pra vir fazer uma atividade fora, e falta muito interesse mesmo de alguns profissionais que ou não sabem direito o que é o matriciamento. (LEISENFELD Neiva, 2017).

A partir desta fala é possível observar que não são todas as unidades e profissionais que concordam com o matriciamento. A política existe, está instituída, pelo menos em teoria, mas na prática ainda há muito que avançar. Se para Iara Bach o matriciamento em saúde mental já está bem estabelecido no município, no depoimento da Neiva Leisenfeld percebemos que menos da metade das UBS o realizam. Para esta entrevistada são diversos motivos que prejudicam a implantação do matriciamento: falta de interesse dos profissionais, preocupação em sair do seu local de trabalho, reclamação dos pacientes pela ausência do profissional, desinformação sobre o assunto, carga horária dos profissionais. Enfim, são

algumas questões que tornam esta forma de atendimento uma realidade distante de ser implantada na totalidade dos serviços públicos municipais.

Para Marcia Apolinário, assistente social do CAPSi, os profissionais de um modo geral têm aversão ao trabalho com saúde mental, talvez por uma questão de preconceito e desconhecimento, visões relacionadas ao legado destinado ao doente mental ao longo da história. De acordo com a depoente:

Olha, tem uma ou duas unidades que fazem os grupos de saúde mental, não sei te dizer quantas que depois que a gente começou a trabalhar a questão de matriciamento que abriu um pouquinho a porta. Porque a gente tinha muito preconceito das unidades em trabalhar a saúde mental também, os profissionais tinham uma verdadeira aversão: “trabalhar com saúde mental não quero”. Com a possibilidade de irmos até às unidades, conversar com os profissionais, abriu um pouco. Tem algumas unidades que conseguem até fazer um grupo de saúde mental, que fazem as caminhadas, que fazem os atendimentos, tem alguns que até conseguiram verba da secretaria para trabalhar a questão de atividades manuais. O fato dos profissionais virem semanalmente, quinzenalmente na unidade pra trabalhar essa questão, então está se abrindo. (APOLINÁRIO Marcia, 2017).

Na perspectiva da Coordenadora da CAPSad - Maribel Lopes Rodrigues, muitos profissionais não aceitam o matriciamento por uma questão de desconhecimento sobre o dependente químico, atribuindo-lhes a imagem de vagabundo.

A droga hoje, mesmo as lícitas está muito ligada aquelas coisas assim de ser vagabundo. Essa discussão a gente teve há pouco tempo ainda dos 16 anos, dos 18 anos, da liberação da maioridade penal. Então assim, eu não quero porque na minha época, se fosse na minha época dava uma enxada, uma foice, faz trabalhar e coisa assim. O álcool e droga tem muito preconceito, eu acho que até mais do que essas doenças mentais, porque ele doente é uma coisa, e esse aí não é doente, esse é vagabundo. Então é essa concepção mesmo dos profissionais. Tem muito profissional que tem medo de trabalhar em CAPS, porque tem medo de ser agredido e a gente trabalha com delitos e a gente nunca teve nenhum problema com pacientes. Mas existe muito medo até dos profissionais, eles fantasiam essa coisa né, e eu acho também porque o álcool que é uma droga lícita, ela está muito na vida das pessoas. (RODRIGUES Maribel, 2017).

Na opinião de Maribel Rodrigues e Marcia Apolinário a principal dificuldade encontrada para implementação do matriciamento refere-se ao preconceito existente acerca da saúde mental por parte dos profissionais de saúde. Para muitos, o problema se resolveria com trabalho para o usuário de substâncias psicoativas. De acordo com Raupp, Fefferman e Morais (2011, p.175), os transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e outras drogas se tornaram

um grande problema de saúde pública. Para as autoras, “segundo o Ministério da Saúde, mais de 6% da população brasileira apresenta transtornos psiquiátricos graves” pelo abuso dessas substâncias.

Neste sentido, cabe ao poder público elaborar estratégias para oferecer serviços de qualidade e eficazes aos tratamentos, investir e capacitar as equipes médicas das unidades básicas de saúde para promover este atendimento. Entretanto, como o matriciamento e o compartilhamento de responsabilidade não é imposto aos profissionais, faz-se necessário que eles adiram por vontade própria. Neste sentido, o desconhecimento e o “medo de ser agredido” tornam-se empecilhos, sendo necessários investimentos para a formação desses profissionais.

Para a gerente da Divisão de Saúde Mental ainda há um trabalho árduo pela frente para a implantação completa e eficiente do matriciamento. Um dos desafios nesta proposta do governo federal é a adesão dos profissionais de saúde, que muitas vezes não querem trabalhar de forma conjunta com a equipe. No entanto, na perspectiva da Iara Bach, considerando que é um projeto novo no município e que de início a resistência médica ao programa era muito grande, atualmente tem-se percebido mudanças positivas neste cenário. Em suas palavras:

Tem muitos que já estão bem simpáticos com a saúde mental. Participam no matriciamento, se responsabilizam, trazem casos, discutem o caso, assumem o caso. Tem outros que não, tem outros que nem transcrever uma receita querem, tem de tudo, é um trabalho que para nós ainda vai longe, porque até um ano atrás, não tínhamos adesão de nenhum médico da atenção básica e hoje a gente já tem uma grande maioria. Outra coisa importante é que vários médicos da atenção básica estão fazendo ou já fizeram especialização em saúde mental. Quando nós começamos a gente tinha um médico psiquiatra, hoje nós já temos, nossa eu nem sei te dizer quantos são, são cinco, seis, sete, oito, nove, dez nesse serviço de saúde mental. Alguns não com a carga horária completa e já tem vários deles que fizeram a especialização, eram clínicos da rede e fizeram especialização tem o título e estão trabalhando nesse serviço de saúde mental e tem outros que ainda não fizeram que estão na atenção básica atendendo. Então eu acredito que vai haver uma mudança bem significativa com mais tempo, que as pessoas começam a perceber que esse paciente ele vai passar por eles, independente se é uma gestante, se é uma pessoa que tem problema cardíaco, mas ele pode trazer um sofrimento psíquico que tem que ser observado pela atenção básica. [...] O máximo que a gente puder deixar o paciente lá na atenção básica com a orientação, supervisão do especialista, tanto melhor é para equipe e para o paciente também. (BACH Iara, 2016)

Em todas as entrevistas realizadas com as coordenadoras das unidades especializadas em saúde mental foram citados os elementos positivos que o matriciamento tem possibilitado à população, pois a partir dele, as equipes estão conseguindo diminuir a fila de atendimento,

além de propiciar uma resolutividade mais rápida em casos de baixa e até mesmo de média complexidade. Para a Coordenadora do CASM:

O matrício é uma orientação justamente para esses pacientes que ficam na atenção básica, esses pacientes leves a moderados, que não vem para cá para o atendimento, não são considerados casos graves. Então eles acabam ficando sob o acompanhamento, sob a responsabilidade da equipe de saúde lá na atenção básica. Então o matrício, serve como se fosse uma orientação do médico psiquiatra pra atenção básica e equipe lá fazer o manejo correto desse paciente. Lá na atenção básica, ele orienta quanto a prescrição da medicação, a periodicidade de consultas, se é necessário visitas, a visita da enfermeira também, da assistente social, ao manejo como um todo, daí ele fica lá na atenção básica. Às vezes alguma medicação que o clínico geral não pode estar prescrevendo, somente o psiquiatra. Então foi montado um formulário que daí o médico psiquiatra assina junto, carimba. Então ele pode prescrever essa medicação, o clínico lá da unidade. Tem sido bem positivo porque muitas vezes a equipe fica meio em dúvida, encaminha, não encaminha, tem perfil para o CASM, daí o matrício já discute o caso, já sabe se vai ser atendido aqui, ou se vai continuar lá, a maioria continua lá mesmo né, mas é bem produtivo, é benéfico para nós enquanto CASM e pra equipe de saúde também. (LEISENFELD Neiva, 2017).

Para Marcia Regina Apolinário é a partir do matrício que têm sido realizados os encaminhamentos para as unidades de saúde especializadas. Neste sentido, as unidades básicas de saúde, chamadas de unidades de referência são a “porta de entrada” dos sujeitos em sofrimento mental na Rede. Conforme Apolinário:

A forma como vem para os serviços são as unidades que encaminham. A gente faz o matrício nas UBS, eles trazem os casos, a gente matrícia em conjunto com eles, temos duas equipes aqui, e matriciamos junto à unidade ou eles vêm até nós ou a gente vai até à unidade pra matricular, onde eles pegam todo o histórico, todos os encaminhamentos. Analisamos o caso e vê se é perfil de CAPSi ou perfil para atendimento em ambulatórios, uma equipe de psicologia ou perfil de atendimento somente pela unidade. O médico mesmo da unidade poderia estar atendendo que seriam os casos mais leves, um acompanhamento na unidade, uma orientação por parte da família. Os que vêm para cá geralmente são os mais graves. Então os que têm comprometimento mais grave enviam ao CAPSi, e a gente dá essa assessoria pra aqueles que ficam na unidade, o médico continua atendendo. Então é uma forma de encaminhamento seria essa, só não passa pelo matrício os casos mais graves, assim: tentativas de suicídio, surto psicótico, uma esquizofrenia, que veio de outro município já de um CAPS, já vem pra cá. Então esses tem entrada direta, além dos UPAS, que a gente sempre deixa uma vaga de emergência pra avaliação com o médico por dia. Nós temos bastante encaminhamento nesse caso, que são aqueles que são internados nas UPAS, ou por surto psicótico que teve um surto e foi pra lá, ou por uma tentativa de suicídio. (APOLINÁRIO Marcia, 2017)

Para a assistente social do CAPSi, o matriciamento é importante para a agilidade dos atendimentos à saúde mental nas unidades especializadas. Segundo a depoente, antes de ter iniciado a prática matricial nas unidades de referência, havia uma fila de espera em todas as unidades, “só que a maioria das coisas que eles mandavam para cá não eram casos de CAPSi, o matriciamento a gente consegue definir lá mesmo o que fica, o que vem pra cá é realmente o que precisa.” (APOLINÁRIO Marcia, 2017)

De acordo com o depoimento de Maribel Rodrigues o matriciamento é fundamento para construir uma Rede de assistência à saúde mental, pois para ela, o CAPS não dá conta de resolver o problema sozinho. É preciso articular em conjunto com outras unidades, inclusive a escola:

A nossa ideia é começar a discutir essas questões de matriciamento no local, porque quando você faz a capacitação, tem muita reunião de rede. O CAPS aqui tem muita reunião de rede, porque a escola é assim: não fica em sala de aula, não faz atividades, ele está usando drogas, às vezes não entra lá. Nós somos muito chamados para participar de reuniões de rede. E nós do serviço também chamamos muito a rede pra essa conversa, porque a gente não vai dar conta disso sozinho né? Então tem que ver a questão da habitação, a questão do pai, da mãe, dos irmãos, a situação econômica. Então a gente não vai dar conta dele sozinho e quem está no dia a dia é muito mais essa rede às vezes do que eu que sou especializada, então a gente precisa desse grupo de apoio pra estar trabalhando em conjunto.

Franciele: Essa rede que você fala seria quem?

Maribel: As UBS, os CRAS, então nas UBS é enfermeiro, médico, assistente social, nos CRAS, nos CREA, a própria igreja, que dependendo do contexto o adolescente precisa fechar essa rede pra que ele entenda esse processo e que todo mundo tenha, tipo assim, uma coisa compartilhada, esse caso não é só meu, eu sozinha não dou conta, eu preciso um pouquinho de cada um. (RODRIGUES Maribel, 2017).

Para Chiaverine, quando se trabalha em Rede, principalmente na área da saúde, o atendimento se torna mais acolhedor e afetivo, fazendo com que o paciente crie vínculos de confiança e, até mesmo amizade com os profissionais de saúde. Quando se consegue ampliar a Rede para outras dimensões de sua vida social, a possibilidade de resultados positivos é maior. Na visão da autora:

Rede é sempre algo que une, que entrelaça, que apanha, que amortece, que interconecta, que comunica, que vincula por meio de sua ligação, de seus nós, e que por isso, quando bem instrumentalizada na saúde, possibilita a melhor visão do sistema, seja do indivíduo, de sua família ou de sua comunidade, melhorando a resolubilidade da atenção. (CHIAVERINE, et.al. 2011, p.199)

Uma reportagem publicada na página online da Central Gazeta de Notícias-CGN no dia 19 de junho de 2017, cujo título da matéria é “Saúde Mental: Cascavel tem 2 mil pessoas na fila de espera”, apresenta uma entrevista realizada com a Gerente da Divisão de Saúde Mental em que o matriciamento é apontado como solução para redução desta fila de espera. De acordo com o conteúdo da reportagem o CASM – Centro de Atendimento a Saúde Mental, principal serviço de atendimento a adultos com transtornos mentais, realiza um acompanhamento de cerca de 1.200 pacientes por mês. Entretanto, existe uma fila de espera de cerca de 2 mil pacientes. Segundo a matéria:

Aposta do Município para reduzir ou zerar esta fila de espera é o que eles chamam de matriciamento das unidades de saúde. Trata-se de um trabalho feito entre a equipe especializada da saúde mental com as equipes das unidades de saúde, discutindo os casos. Assim, os casos mais simples passam a ser acompanhados pela equipe da unidade e os demais encaminhados para serviço especializado. A proposta já deu certo para o atendimento às crianças, cuja fila de espera foi zerada. Para os adultos o trabalho que precisa ser feito em cada unidade está começando. (CGN, Cascavel, 19/06/2017).

Entretanto, na página online da CGN há um espaço destinado a comentários dos leitores e assinantes do noticiário. Neste espaço há 3 comentários afirmando que as informações do jornal não condiz com a realidade dos fatos para a saúde mental em Cascavel.

Figura 19: Comentários de Leitores da Matéria da CGN

3 comentários		Ocultar Comentários
Tati 24/06/2017 16:10h 0 0	Fila Infantil zerada, minha filha tá na fila a mais de dois anos para psiquiatra. O neurologista me falou para ir no particular Responder este comentário	0 0
15 dias? 19/06/2017 19:43h 15 0	QUE Mentira demora mais de 2 anos pra sair uma consulta! Responder este comentário	0 0
Nao acredito 20/06/2017 08:18h 4 0	15 dias tudo mentira tive parente com tentativa de suicídio faz 2 anos que ta na fila ate hoje nunca recebemos uma ligação deles.	0 0

Fonte: CGN, Cascavel. 19/06/2017.

São apenas 3 comentários que fazem críticas expondo o tempo de demora para atendimento. Entretanto, são indícios que nos fazem questionar sobre a eficácia do

matriciamento no município. Talvez, estas pessoas que expuseram suas opiniões nos comentários na página da CGN passaram pela “peneira” da estratificação de risco e não se enquadram neste grupo prioritário, na concepção do profissional que os atendeu. Todavia, deveriam ter tido uma avaliação inicial para o matriciamento em sua UBS de referência. Diante disso, cabe-nos perguntar se há um abismo entre discurso e a prática no atendimento à saúde mental de Cascavel? O matriciamento e os serviços ofertados pelo município são suficientes para a demanda? De antemão, podemos dizer que falta investimento do poder público para ampliar a capacidade de atendimento dos serviços especializados.

Durante a entrevista realizada com Neiva Leisenfeld, ela informou que atualmente a fila de espera para uma consulta na unidade ambulatorial é enorme. Um adulto chega a ficar cerca de dois anos na fila de espera para psiquiatria e, aproximadamente um ano e meio para o atendimento em psicologia. Em suas palavras:

Franciele: Você falou que o CASM atende 1200 pacientes por mês. Este atendimento é suficiente pra demanda que tem ou precisaria de bem mais atendimentos?

Neiva: Olha, como eu te falei, como foi feita a priorização com o documento da secretaria, aí deu uma boa amenizada na nossa demanda, só que a grande maioria ainda que são atendidos, avaliados nas unidades de saúde eles são inseridos na lista de espera, essa lista a gente chama, consegue chamar de vez em quando. Ela tem, por exemplo, na psiquiatria o tempo de espera cerca de dois anos, mais ou menos, pra ser chamado. Então a fila de espera é enorme, não sei precisar exatamente agora quantos pacientes tem na fila de espera, mas é gigantesca a fila, e de psicologia parece que estão chamando agora o começo de 2015, também é mais ou menos um ano e meio de espera mais ou menos. (LEISENFELD Neiva, 2017).

Diante destes dados é possível perceber que mesmo sendo considerado referência em atendimento psiquiátrico, o município de Cascavel apresenta uma situação caótica para a saúde mental ou pelo menos, no que se refere ao atendimento ambulatorial, que por sinal é o serviço que tem a maior demanda. Neste sentido, fica a indagação: Se um município de referência possui uma fila de espera de cerca de 2 anos, como está a assistência psiquiátrica em outros municípios do Paraná? Vale lembrar, que boa parte das cidades paranaenses nem sequer têm atendimento psiquiátrico.

Este número assustador me chamou a atenção durante a entrevista. Como pode alguém esperar por dois anos ou um ano e meio para atendimento? Ao fazer este questionamento a Coordenadora do CASM informou que foi elaborada uma lista de prioridades, na qual se atendem os casos graves, mas que as pessoas consideradas leves ou moderadas entram para a fila de espera.

Franciele: Mas se a pessoa entrar em surto, o que elas fazem neste caso?

Neiva: Quando é caso grave, daí a gente atende aqui. Aí entram naquelas priorizações, se o paciente tentou suicídio não tem fila de espera, é atendimento imediato, só a gente ainda tem o poder de encaixar na agenda e já atende, mas essas pessoas que são consideradas leves a moderados ficam nessa fila de espera.

Franciele: O que, por exemplo?

Neiva: Um caso mais leve, uma situação que não está acarretando tanto prejuízo na vida profissional ou familiar, mas que precisa de atendimento e psiquiatria também. Daí conforme a avaliação do médico a gravidade, ou vem direto pra cá ou fica na fila de espera mesmo. (LEISENFELD Neiva, 2017)

De acordo com Neiva Leisenfeld, as pessoas desta lista de espera vão sendo chamadas conforme há a liberação de vagas ou desistências dos casos prioritários. Ao ser questionada sobre como estão as pessoas que em 2015 necessitavam de atendimento e apenas agora, em 2017 foram chamadas para a consulta, a depoente informou que muitas pessoas faltam nas consultas.

Existe uma grande quantidade de pessoas que não vem, a gente liga, aqui no sistema fica o registro telefônico, se a gente não conseguir contato direto com a pessoa a gente liga na unidade de saúde, conversa lá e deixa recado pra fazer uma visita na casa, pra comunicar em casa, mas tem uma grande parcela que não vem no sistema. Nós não vamos atrás porque é do sistema, daí a gente vai chamando e seguindo a lista no sistema, porque de dois anos atrás muita coisa já mudou nessas pessoas. Então depende, se a pessoa não mora mais aqui, às vezes já superou aquela situação que ela estava vivendo, faleceu, tem vários casos assim, ou está trabalhando também, ou não quer vir mesmo, não quer vir e não vem, são vários motivos. (LEISENFELD Neiva, 2017).

Para a coordenadora do CASM, a grande demanda e a demora no atendimento acabam sendo um agravante no sistema de saúde municipal. Os profissionais que atuam no CASM não são suficientes para atender todos os casos de transtorno mental e como foi elaborada uma lista de prioridades, apenas os casos mais graves são encaminhados para a psiquiatria e psicologia. Em suas palavras:

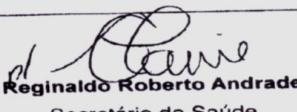
Às vezes a pessoa vai consultar hoje no clínico geral, na unidade de saúde, porque ela está passando por um momento difícil na vida dela e ela precisa de atendimento naquele momento, só que não é uma situação tão grave que às vezes vai ser preciso encaminhar pra cá, então acaba ficando na fila de espera. Se a gente pudesse, a gente atenderia tudo, mas também não vai dar conta de tudo, e então fica realmente na fila de espera um ano, dois anos.

Franciele: Acontece muito desses pacientes que estão na fila de espera ter a sua situação agravada e acabar entrando no grupo de prioridades e ser encaminhado rapidamente para cá?

Neiva: Não sei te precisar, mas alguns casos a gente já verificou que existem, às vezes a situação está em um patamar hoje, mas dali meio ano se agravou a situação, a pessoa tenta suicídio, teve uma situação mais grave, aí ela vem pra cá, tem isso sim. (LEISENFELD Neiva, 2017).

O comunicado interno do documento que indicava o grupo que deveria receber atendimento prioritário no CASM foi encaminhado para as Unidades Básicas de saúde e para a Saúde da Família no dia 29 de setembro de 2015. Observe o documento a seguir:

Figura 20: Comunicado Interno de Priorização para o Atendimento do CASM.

COMUNICAÇÃO INTERNA			
NÚMERO:	768/2015	DATA:	29/09/2015
EMISSOR:	Gabinete do Secretário		
RECEPTOR:	UBS, USF, Programas e Serviços		
ASSUNTO:	Demandas e Fluxo do CASM		
<p>Levando em consideração o grande número de pacientes que necessitam de atenção em Saúde Mental e que são referenciados pelas equipes das UBS/USF para atendimento psicológico e psiquiátrico, informamos sobre o fluxo e os casos que devem ser priorizados nos encaminhamentos para o atendimento no CASM, conforme segue:</p> <p>Os pacientes devem ser avaliados, em seguida realizado a estratificação de risco pelas equipes das USF/UBS e inseridos em tratamento nas próprias Unidades de Saúde quando os casos são considerados leves a moderados. Os casos graves devem ser encaminhados para tratamento no CASM, sendo eles:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes com tentativas de suicídio; - Gestantes com transtornos mentais; - Depressão pós parto; - Situações de violência física, psicológica e sexual; <p>Orientamos que os demais casos que necessitam de atendimento especializado devem ser cadastrados no Consulfarma pelas UBS/USF.</p> <p>Observação: Encaminhar ao CASM somente pacientes que não estejam em atendimento por outro serviço especializado tais com: CRE/CISOP, CAPSIII, CAPSi, CAPSad, CAPSadIII (SIMPR);</p> <p>Pacientes com problemas neurológicos, que necessitem de avaliação psiquiátrica devem ser encaminhados por Neurologista.</p> <p>Pacientes com quadros de psicoses graves devem ser cadastrados no Consulfarma para avaliação psiquiátrica e não psicológica.</p> <p style="text-align: right;">Atenciosamente,</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">  Reginaldo Roberto Andrade Secretário de Saúde Elaine Maria Dainez Dirigente de Atenção à Saúde Município de Cascavel - PR </div>			

Fonte: CASM - Secretaria de Saúde de Cascavel, 29 de setembro de 2015.

Como é possível observar, de acordo com este documento, apenas pacientes com tentativas de suicídios, gestantes com transtornos mentais, depressão pós-parto e situações de violência física, psicológica e sexual devem ser encaminhadas ao CASM. E ainda, o documento deixa claro, que só devem ser encaminhados para esta unidade aqueles pacientes que não estiverem recebendo nenhum tipo de tratamento em outra unidade especializada do município.

Segundo a Coordenadora do CASM, após este comunicado da Secretaria de Saúde Municipal que estabeleceu grupos prioritários, a unidade tem conseguido atender a todos os pacientes estratificados dentro do grupo de risco sem maiores demoras. De acordo com a depoente,

Essas quatro são as nossas prioridades para o atendimento aqui, isso já gera uma demanda enorme pra nós e a gente tem conseguido atender. Mas nós não temos uma fila de espera enorme. Nós temos vagas pra semana que vem se alguém precisar de algo urgente nós temos e às vezes quando sobra alguma vaga ou o paciente recebe alta, vai morar em outro município ou é desligado por outros motivos, a gente chama também da lista de espera do sistema municipal de agendamento. (LEISENFELD Neiva, 2017).

Contudo, a falta de investimentos e a defasagem no atendimento à saúde mental em Cascavel podem ser observados a partir da longa fila de espera nos atendimentos ambulatoriais. Conforme informou a coordenadora do CASM no início de 2017 estavam chamando para consulta os pacientes que entraram com pedido no início de 2015. Por mais que tenha sido elaborado um documento para estratificação de riscos em que se enquadram os casos mais graves, o tempo de espera para atendimento psiquiátrico é alarmante, pois para os casos leves e moderados, leva em média cerca de um ano e meio a dois anos para o atendimento.

Entretanto, passado certo período desde a entrevista realizada com a coordenadora do CASM, a situação da unidade não se alterou e se houve alteração foi para pior. Entrei em contato novamente com a coordenação da unidade, mas não obtive retorno. Ao entrar em contato com uma informante ligada à unidade, foi dito que a fila de espera demora cerca de 2 anos. E mesmo para os casos de prioridade a espera leva cerca de um a dois meses para ser atendido. Segundo as informações, atualmente se um cascavelense tentar suicídio, ele é encaminhado para UPA e de lá é encaminhado para o CASM. De acordo com a informante, “casos de urgência, como situações de suicídio, consegue agendar antes, mas não existe o

prazo de uma semana, é no mínimo 30 a 60 dias para a primeira consulta".(Informação Verbal)⁵⁵

De acordo com um documento sobre os índices de suicídio na região fornecido pela coordenadora da Divisão de Saúde Mental da 10^a RS, Aline Barancelli, é possível observar um número elevado da taxa de mortalidade na cidade ocasionado por suicídio. Observem os dados:

Tabela 2: Óbitos por Suicídio nos municípios de abrangência da 10^a Regional de Saúde Ano de 2012 a 2016

RS Resid 10	2012	2013	2014	2015	2016	Total
10. Reg. Saúde Cascavel	36	43	33	43	21	176
Anahy	0	0	0	0	0	0
Boa Vista da Aparecida	0	3	1	2	1	7
Braganey	2	0	2	1	0	5
Cafelândia	1	2	0	2	0	5
Campo Bonito	0	1	0	0	0	1
Capitão Leônidas Marques	2	0	2	1	2	7
Cascavel	19	15	19	25	14	92
Catanduvas	0	2	0	1	0	3
Céu Azul	0	0	0	0	0	0
Corbélia	1	3	0	2	0	6
Diamante do Sul	0	0	0	1	0	1
Espigão Alto do Iguaçu	0	1	0	0	1	2
Formosa do Oeste	0	2	1	0	0	3
Guaraniaçu	2	3	0	1	0	6
Ibema	1	0	0	0	0	1
Iguatu	0	0	2	0	0	2
Iracema do Oeste	0	0	0	0	0	0
Jesuítas	0	0	0	1	2	3
Lindoeste	0	1	0	0	0	1
Nova Aurora	2	1	1	0	0	4
Quedas do Iguaçu	4	3	2	4	1	14
Santa Lúcia	1	0	0	0	0	1
Santa Terezinha do Oeste	1	0	0	1	0	2
Três Barras do Paraná	0	2	1	1	0	4
Vera Cruz do Oeste	0	4	2	0	0	6
Total	36	43	33	43	21	176

Fonte: DVVGS/SCVGE/SIM, 05/09/2016, fornecido por Aline Barancelli em 06/12/2016.

Embora esta tese não tenha o objetivo de discutir com profundidade sobre o suicídio, vale a reflexão para estabelecermos relações entre a situação da saúde mental no município e os casos de mortes autoprovocadas. Entre os diversos fatores que motivam os casos de suicídio, como por exemplo, problemas familiares e econômicos, podemos estabelecer uma ligação entre estas mortes com a demora no atendimento psiquiátrico. Cabe destacar que ao estabelecer esta relação, não estou afirmando que em outras cidades ou regiões do Estado os

⁵⁵ Informações fornecidas por Josefina (nome fictício), pessoa ligada ao CASM, durante contato realizado em 17/01/2018. Optei por não revelar sua identidade, pois considero que as informações repassadas podem comprometê-la ou prejudica-la de alguma forma.

serviços de saúde mental sejam satisfatórios, mas sugiro uma reflexão sobre os encaminhamentos das políticas públicas de enfrentamento e combate ao suicídio.

De acordo com Rosa (et al., 2017, p.80) no Estado do Paraná não há políticas que contemplam a prevenção ao suicídio. Assim, “promulga-se a urgente necessidade de capacitar a equipe de profissionais das Redes de Atenção à Saúde em prover a identificação precoce de indivíduos da comunidade na iminência do suicídio”. Na perspectiva dos autores:

Vale ressaltar também que os paranaenses portadores de sofrimento psíquico podem ser assistidos tanto pela APS quanto pelos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. O Estado possui cerca de 142 CAPS, oferecendo uma taxa de cobertura considerada muito boa (0,83 por 100.000 habitantes). Entretanto, a distribuição espacial do CAPS não é igualitária para todo o Estado. Os residentes da Macrorregional Oeste [que inclui a 10ª RS], por exemplo, possuem baixa cobertura assistencial do CAPS, denotando ser um preditor causal do elevado percentual e taxas dos meios utilizados para o suicídio. (ROSA et al., 2017, p.80)

É preciso pensar no suicídio como um problema de saúde pública. Para Rosa et al. “segundo a OMS, não existe uma maneira de impedir todos os suicídios, mas a maioria pode ser evitada” (2017, p.80). Neste sentido, faz-se necessário investimentos em equipes capacitadas para o enfrentamento dessas situações, ampliações dos serviços e profissionais que atuam através do matriciamento. Na perspectiva de Rosa et al.:

A baixa adesão de muitos países a estratégias de prevenção da mortalidade por suicídio decorre do estigma social enfrentado pelas pessoas com transtornos mentais e suicidas, em especial pela falta de consciência do suicídio como um problema de saúde pública e do tabu existente para discuti-lo abertamente. A sensibilização de todos e a quebra dos tabus acerca do suicídio são importantes passos para os países avançarem na prevenção da mortalidade por suicídio. (ROSA et al., 2017, p.80-1).

Voltando ao caso de Cascavel, em que os prazos para atendimento são um, dois meses ou até dois anos, como é a fila de espera, obviamente que muitas coisas vão mudar na vida das pessoas. Alguns conseguirão superar a crise, outros terão seu transtorno mental agravado e, infelizmente alguns destes terão êxito em sua tentativa de suicídio. Diante dessa realidade cruel e de descaso com a população pelo poder público, nos faz refletir sobre a necessidade de políticas públicas que garantam o atendimento das pessoas acometidas de algum transtorno

mental, seja ele de baixa, média ou alta complexidade que necessitem do atendimento ambulatorial.⁵⁶

Importante ressaltar que o município oferece diferentes serviços para atendimento psiquiátrico e, cada um deles, atende apenas o público que se encaixa dentro da sua modalidade. Neste sentido, ao falar da realidade da fila de espera de uma das unidades, não significa que todas as unidades de atendimento psicossocial expressam essa mesma situação mencionada anteriormente.

De acordo com a Assistente Social do CAPSi, Marcia Regina Apolinário que atende crianças e adolescentes de 0 a 18 anos de idade com transtornos mentais, o matrículamento tem sido fundamental para que o serviço dê conta da demanda e que não tenha fila de espera. Conforme seu depoimento,

Nos casos que vêm automaticamente já passam pelo médico, já vêm agendados, a gente sai do matrículamento que é daqui já sai com o dia da avaliação, e no momento que eles vêm da avaliação eles vão estar sempre reavaliados. Sempre tem retorno até a gente conseguir a vaga da oficina se for caso de oficina, poderia estar inserindo hoje mesmo pacientes na oficina se fosse o caso.

Franciele: Mas é assim porque são poucos os adolescentes tratados aqui ou porque o serviço está bem estruturado?

Marcia: Na verdade não sei se seria uma questão de estruturação, a gente vai atendendo na medida do possível, acho que vai chegar um momento que a gente não vai ter vaga para avaliações, vai ter que ir lá para frente, vai estar saturada a agenda do médico, vai depender muito da unidade. Com a questão do matrículamento a gente consegue criar bastante, eu posso dizer que há uns dois anos atrás antes da gente matricular, tínhamos fila de espera em todas as unidades, só que a maioria das coisas que eles mandavam pra cá não eram casos de CAPSi. Com o matrículamento a gente consegue definir lá mesmo o que fica. O que vem pra cá é realmente o que precisa. (APOLINÁRIO Marcia, 2017).

No CAPSi o atendimento é com crianças e adolescentes que geralmente estão matriculados nas escolas. Na maioria das vezes são as escolas que fazem o encaminhamento ou pedido de atendimento para as UBS. A partir deste serviço de referência é realizado o matrículamento e encaminhados os casos que são para o perfil do serviço especializado. Mas

⁵⁶ Em 2015 iniciou uma campanha nacional denominada, “Setembro Amarelo”, cujo objetivo é a conscientização sobre a prevenção do suicídio, com o objetivo direto de alertar a população a respeito da realidade do suicídio no Brasil e no mundo e suas formas de prevenção. Ocorre no mês de setembro desde 2015, por meio de identificações de locais públicos e particulares com a cor amarela e ampla divulgação de informações. Informação disponível em: <http://www.setembroamarelo.org.br/>. Acesso em 10/01/2018. De acordo com Aline Barancelli (2016), em Cascavel, os psiquiatras organizaram diversas atividades durante essa campanha, “coisas que ficaram bem visíveis para sociedade, caminhadas, vários profissionais que foram falar em rádios, em jornal, televisão [...]”.

este serviço de referência pode encaminhar para outras unidades também, como por exemplo, neurologista.

Com o matriciamento a gente está tentando absorver bastante essa questão, é só os mais graves que vem aqui, que se vem com essa queixa de hiperatividade e déficit de atenção, a gente já pede para unidade encaminhar ao neurologista, para primeiro o neuro fazer uma avaliação lá, para depois vir aqui. (APOLINÁRIO Marcia, 2017).

O Plano Estadual de Saúde do Estado do Paraná referente ao período de 2016-2019 contempla ações voltadas para a saúde mental preconizando a intersetorialidade. De acordo com este documento, vários órgãos devem estar articulados para o desenvolvimento de uma assistência à saúde mental de maior resolutividade e que atenda as demandas populacionais.

Considerando a intersetorialidade e a transversalidade das questões de saúde mental, os parceiros estratégicos são de grande amplitude. Atualmente, destacam-se: Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente – CEDCA; Secretaria de Estado da Justiça, Cidadania e Direitos Humanos – SEJU; Secretaria de Estado do Trabalho e Desenvolvimento Social – SETS; Secretaria de Estado da Educação – SEED; Secretaria de Estado da Segurança Pública e Administração Penitenciária – SESP; Secretaria Especial da Saúde Indígena – SESAI; Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas – CONESD; Comitê Gestor Intersecretarial de Saúde Mental – CISMEEP; Comitês Regionais e Municipais Intersecretariais de Saúde Mental; Conselhos Tutelares; Tribunal de Justiça do Estado do Paraná – TJPR; Ministério Público; Secretarias Municipais de Saúde, Assistência Social, Educação, Esporte e Lazer; Associações; ONGs; Centros de Convivência; Espaços Religiosos; entre outros. (PARANÁ, 2016, p.132).

Neste sentido, o trabalho realizado no CAPSi atua em conjunto com outras secretarias dos serviços públicos. Segundo Apolinário, como se trata de crianças e adolescentes que geralmente frequentam as escolas, ao serem inseridos na Rede passam a ser responsabilidade de outros serviços também. Assim, com a intenção de qualificar os profissionais de outras áreas do conhecimento para lidar com estes casos, são realizadas discussões com as unidades envolvidas. Segundo a depoente, “reúne unidade, escola, CRAS, CREAS, quais unidades estiverem envolvidas e faz uma discussão de caso individual, para vermos quais os procedimentos que toda aquela rede vai ter em frente à posição daquela criança.” (APOLINÁRIO Marcia, 2017).

Em seu depoimento, Apolinário nos informou que nestas discussões intersetoriais, geralmente a Rede seleciona os casos mais graves, entretanto, os casos selecionados “nem sempre são os casos de psicóticos e depressão, geralmente são sanções de comportamento que

são os que chamam mais atenção." (2017). Na perspectiva da assistente social do CAPSi, a intersetorialidade acontece com objetivo de propiciar ao sujeito a possibilidade do convívio social. Nas palavras da depoente,

Isso é porque a gente quer integrar, socializar, então não tem como a gente fazer isso sozinho. Então o CAPSi precisa estar em parceria com tudo isso, para a gente encaminhar. Esse projeto tem que ter a mente aberta para saber que não vão receber nenhum louco, desequilibrado, mas uma criança como qualquer outra que ele vai ter que trabalhar. (APOLINÁRIO Marcia, 2017)

Portanto, cabe destacar que a partir do momento que os serviços de saúde do município foram estruturados em Rede e iniciada a prática de matriciamento, as UBS passaram a ser chamadas de unidades ou serviços de referência. Além disso, faz-se necessário deixar claro que alguns serviços ofertados em Cascavel, como o CAPSi, CAPSad, CAPS III, CASM e o matriciamento pertencem à prefeitura da cidade e têm como público exclusivamente os seus municíipes. No que se refere aos municípios pertencentes à 10^a RS, por mais que tenham a cidade de Cascavel como referência, sua população não é tratada nessas unidades supracitadas. Para estas localidades, existe outro serviço, o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná – CISOP.

Este serviço atende por meio do Serviço Integrado de Saúde Mental – SIM-PR, aos 25 municípios que pertencem a 10^a Regional de Saúde. De acordo com a Coordenadora Regional de Saúde Mental dessa RS, Aline Barancelli, o SIM-PR atende pessoas dos diversos municípios que pertencem o território de abrangência da 10^a RS tendo em vista que muitas destas cidades são de pequeno porte e não possuem serviços de saúde mental.

A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, republicada em maio de 2013, estabelece que a implantação de serviços de saúde mental nos municípios deverá ocorrer a partir do número de habitantes de cada cidade. É necessário que uma cidade tenha acima de quinze mil habitantes para implantar algum tipo de serviço especializado em saúde mental. Neste sentido, para um município com a população superior a 15 mil habitantes, pode haver a possibilidade de implantação de um CAPS I, que:

[...] atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços

sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil habitantes. (BRASIL, 2013)⁵⁷

Todavia, ao observar o número de habitantes que pertencem a cada uma das cidades que compõem o CISOP, é possível perceber que além de Cascavel, apenas 3 cidades teriam a possibilidade de implantação de um CAPS I. Vejamos o quadro a seguir:

Quadro 6: População Total de cada Município da 10^a Regional de Saúde

CIDADES	POPULAÇÃO
MICRORREGIÃO DE SAÚDE 10.1	CASCABEL
Cascavel	291.747
Catanduvas	9.751
Lindoeste	5.498
Santa Tereza do Oeste	9.462
Subtotal	316.458
MICRORREGIÃO DE SAÚDE 10.2	CAPITÃO LEÔNIDAS MARQUES
Boa Vista da Aparecida	7.972
Capitão Leônidas Marques	13.929
Santa Lúcia	3.781
Subtotal	25.602
MICRORREGIÃO DE SAÚDE 10.3	CÉU AZUL
Céu Azul	11.332
Vera Cruz do Oeste	9.301
Subtotal	20.633
MICRORREGIÃO DE SAÚDE 10.4	CORBELIA
Anahy	2.937
Braganey	6.213
Cafelândia	13.776
Corbélia	15.858
Iguatú	2.363
Subtotal	41.147
MICRORREGIÃO DE SAÚDE 10.5	GUARANIAÇU
Campo Bonito	4.458
Diamante do Sul	3.782
Guaraniaçu	16.271
Ibema	6.124
Subtotal	30.662
MICRORREGIÃO DE SAÚDE 10.6	JESUITAS
Formosa do Oeste	7.581
Iracema do Oeste	2.604
Jesuítas	8.948
Nova Aurora	11.833
Subtotal	30.966
MICRORREGIÃO DE SAÚDE 10.7	QUEDAS DO IGUAÇU
Espigão Alto do Iguaçu	5.222
Quedas do Iguaçu	31.572
Três Barras do Paraná	12.073
Subtotal	48.867

População Total – 514.335 habitantes

Fonte: PARANÁ, 2009, p.52.

⁵⁷ Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, republicada em 21 de maio de 2013. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/803-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/l2-saude-mental/12609-caps>. Acesso em 15/04/2017.

Diante do exposto, observa-se que apenas Corbélia, Guaraniaçu e Quedas do Iguaçu teriam potencial populacional para implantar um CAPS. Entretanto, nenhuma delas possui unidades de atenção psicossocial. De acordo com Aline Barancelli, algumas cidades desenvolvem projetos para atender à população que necessita dos serviços de saúde mental, oferecendo um atendimento diferenciado para evitar a saída da sua cidade, ida ao psiquiatra e/ou a internação. Para isto, a equipe da regional de saúde vai até à cidade, faz capacitações e os auxilia na organização da Rede. Entretanto, é uma iniciativa de cada município. Segundo Barancelli:

Aqui na décima a gente atende a 25 municípios, o maior município é Cascavel, os outros municípios são todos na grande maioria de porte pequeno. Cascavel é uma cidade mais estruturada com relação aos serviços de saúde mental, e os outros municípios alguns têm uma estrutura bacana, e outros acabam tendo só como suporte as unidades básicas de saúde. E devido a isso, principalmente depois da publicação da portaria 3088, que é portaria que fala sobre a reestruturação da rede de atenção psicossocial que a gente fala RAPS, nós fomos trabalhando então com os municípios no fortalecimento da atenção primária, das unidades básicas de saúde para o atendimento dessa população de saúde mental. Geralmente os municípios menores têm esse discurso que não tem o CAPS, não tem o ambulatório, não tem equipe multidisciplinar, então a gente não consegue dar conta dessa demanda. Desde 2012 que foi após a publicação da portaria, que a gente tem trabalhado com o fortalecimento das unidades básicas de saúde, porque eles têm condições de manejar muitos dos casos de saúde mental. Então nós temos trabalhado com instrumento de estratificação de risco que ele existe aqui no estado do Paraná, onde a equipe de atenção primária, o médico, o enfermeiro, técnico de enfermagem, se tiver o psicólogo e o assistente social, eles fazem essa estratificação de risco pra identificar os pacientes que eles podem tratar em nível de atenção primária com médico clínico geral, enfermeiro, com o psicólogo, e o que eles precisam pra fazer o encaminhamento. Se eles precisam encaminhar, a especialidade fica aqui em Cascavel no CISOP que é o nosso consórcio que conta com psicólogos, e psiquiatras pra atender a demanda de geralmente casos de alto risco, que a equipe do município não consegue dar conta. Aí Cascavel é um pouquinho mais estruturado, que aqui têm três CAPS, CAPS3, CAPS AD e CAPSI, que é o CAPS infantil, eles também têm ambulatório de saúde mental aqui, então acaba tendo uma rede um pouco mais fortalecida pro atendimento das demandas de saúde mental e a gente têm um serviço aqui em Cascavel só que ele atende os 25 municípios que é o SIM-PR que ele é um CAPS AD3 que atende só a população que faz uso de álcool e drogas que funciona 24 horas, e que pode fazer o acolhimento das pessoas que precisam durante seis meses. Os 25 municípios podem se utilizar desse serviço para as demandas das pessoas que fazem uso de álcool e de outras drogas. (BARANCELLI Aline, 2016).

Aline Barancelli afirmou que o CISOP é um serviço oferecido através de um convênio com os municípios da 10^a Regional, que inclusive, os moradores de Cascavel, além dos

serviços já mencionados, também podem receber atendimento nesta unidade. Cabe destacar que este é um serviço de saúde mental regional, porém o “espaço é do município, quem fez a reforma foi o município, mas eles fizeram uma parceria com o estado, aí eles recebem o custeio do estado e do ministério da saúde e quem gera esse recurso é o CISOP”. (BARANCELLI Aline, 2016).

Ao analisarmos as informações da depoente é possível perceber que a atenção primária também está presente em sua fala. Há um movimento de articulação entre os diversos setores da saúde para dar conta das demandas da saúde mental. Assim como no CASM de Cascavel, o SIM-PR atende apenas os pacientes de alto risco. Para os casos considerados leves ou moderados, o atendimento deverá ser na própria unidade básica local com uma equipe especializada e formada para dar este suporte aos pacientes com transtorno mental. Porém, não são todos os municípios que possuem essa capacitação.

De acordo com o material da Oficina 8 – Saúde Mental, utilizado para a formação de profissionais em Atenção Primária à Saúde do Estado do Paraná, a estratificação de risco deverá ser implantada seguindo as orientações apresentadas nesse material:

Com a finalidade de auxiliar na escolha dos parâmetros que vão definir o nível em que ocorrerá a assistência em saúde e lembrando que o planejamento da estratificação de risco da população alvo foi realizada considerando a gravidade dos sinais e sintomas apresentados, sem a necessidade de firmar diagnóstico inicial, somada às condições de vida atual do usuário, seguindo os descritores dos sinais e sintomas identificados durante as entrevistas de acolhimento da demanda de assistência em saúde dos usuários. (PARANÁ, 2014c, p. 34)

Como se pode notar, a maioria dos municípios da 10ª RS e do Estado do Paraná não possui número de habitantes suficientes para que seja implantado um serviço de atendimento psicossocial. Este é um dos pontos problemáticos na Legislação em Saúde Mental, pois promove uma lacuna na assistência psiquiátrica em várias regiões do Brasil. Neste sentido, no Paraná tem-se tentado desenvolver o atendimento à saúde mental nas UBS para desafogar as especialidades psiquiátricas. Na perspectiva da Aline Barancelli:

Está começando, até nos municípios que a gente está com isso bem avançado. A equipe abraçou a causa e conseguiu avançar nesse processo, e outros que a gente está num processo bem inicial. Existe um preconceito ainda com relação a essa clientela, às vezes não é nem porque a equipe não queira atender, eu acho que às vezes eles não sabem como manejá-la clientela. Então a gente trabalha com a sensibilização, com essas equipes, trabalha esses instrumentos que eu te falei de estratificação de risco que é bem bacana. A equipe mesmo, médicos, enfermeiros, técnico em

enfermagem pode fazer pra ir identificando qual é o perfil da população que acessa o serviço deles, porque queira ou não queira, a unidade básica é um serviço mais próximo do cidadão e a equipe quando ela está capacitada, quando ela está sensibilizada, ela tem plenas condições de manejar grande parte dos pacientes de saúde mental e também as pessoas que fazem uso de álcool e drogas. A gente tem já umas experiências bem bacanas, por exemplo, Iracema do Oeste que é um município bem pequeno que tem uma unidade básica e que eles começaram a trabalhar com essa estratificação de risco. Porque a equipe resolveu atender de uma forma diferenciada essa clientela e eles já trazem números assim de que internam um ou dois por ano que são os que acabam ainda tendo crise, enfim. E em comparação a internamentos de anos anteriores eles já conseguem visualizar essa mudança no atendimento da clientela e o médico consegue manejar, consegue estar administrando a medicação. Às vezes quando tem alguma dúvida acaba ligando para os psiquiatras aqui do CISOP pra pegar uma referência, discutir o caso, então são os municípios que estão se movimentando de uma forma bem bacana e que a gente vê que é possível eles estarem sendo atendidos na unidade básica de saúde. (BARANCELLI Aline, 2016).

Para Aline Barancelli, a melhor forma para o tratamento psiquiátrico é o atendimento em Rede, porque desta forma o paciente fica em seu próprio território, “não precisa isolar ele do convívio familiar, do trabalho, no caso de ser adolescente ou criança para que não precise ser retirado da escola para tratamento” (BARANCELLI Aline, 2016) Assim como na Rede municipal, o SIM-PR também tem desenvolvido a prática da reunião de equipes para discutir os casos, com o objetivo de tornar a equipe de referência capaz de dar continuidade ao atendimento do paciente, “para eles [UBS] receberem essa pessoa de volta no território e fazer um acompanhamento inicial já pra evitar as recaídas.” (BARANCELLI Aline, 2016).

Para a assistente social do CAPSi, Marcia Apolinário na perspectiva do matrículamento a equipe médica das UBS passa a conhecer o paciente, pois é necessário fazer visita e elaborar um histórico sobre ele para repassar para saúde mental. Em suas palavras:

[...] você vai precisar conhecer o seu paciente pra você poder repassar pra saúde mental, então isso dificulta bastante o trabalho das unidades, elas estão bastante sobrecarregadas, mas que é necessário, então se está faltando pessoal para fazer esse trabalho, secretaria ou prefeitura vai ter que dar condições de isso funcionar e ainda estar atendendo, agora a gente não pode ficar remediando para o resto da vida né, brincando de atender. (APOLINÁRIO, Marcia, 2017)

Ao analisar o conjunto de fontes sobre o matrículamento em Cascavel, percebemos que há uma lacuna entre teoria e prática. Por um lado, a ideia do matrículamento é interessante e podemos dizer que é importantíssima para a assistência à saúde mental, pois envolve diversos serviços públicos que se complementam. Por outro lado, por falta de investimentos

em saúde mental se transfere a maior parte da responsabilidade para os cuidados básicos da atenção primária, que já é deficitário para todos os outros casos de saúde, deixando-os sobrecarregados com mais essa demanda. Entretanto, na prática o matriciamento ainda é muito incipiente e são poucas as unidades de saúde que realizam este tipo de atendimento, resultando em poucos casos solucionados, demonstrando inclusive, que não são capazes de atender toda a demanda existente.

4.3 – O PROTAGONISMO DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO À SAÚDE MENTAL

A saúde mental em Cascavel está estruturada a partir de uma organização de atendimento em Rede, isto é, que oferece de forma conjunta com outros serviços da saúde através do projeto de matriciamento e de outras secretarias municipais, a partir da intersetorialidade. Inseridos nesta perspectiva de trabalho, está um dos atores primordiais para tornar o tratamento psiquiátrico mais abrangente e eficaz, a família.

Nesta perspectiva de assistência, a família torna-se protagonista no tratamento à saúde mental. É importante destacar que o termo família aqui é utilizado sem juízo de valores, sem entrar no mérito da composição familiar e nem na questão de gênero. Para o Ministério da Saúde,

Antes de qualquer proposição de trabalho com família, necessário será entender o que é família em sua complexidade, suspendendo juízos de valor, conceitos fechados, lineares e prontos, os quais produzem uma concepção reducionista de família. Pode ser útil compreender família como um sistema aberto e interconectado com outras estruturas sociais e outros sistemas que compõem a sociedade, constituído por um grupo de pessoas que compartilham uma relação de cuidado (proteção, alimentação, socialização), estabelecem vínculos afetivos, de convivência, de parentesco consanguíneo ou não, condicionados pelos valores socioeconômicos e culturais predominantes em um dado contexto geográfico, histórico e cultural. (BRASIL, 2013, 63).

Durante a realização das entrevistas com as pessoas responsáveis pelos serviços de assistência à saúde mental em Cascavel, observou-se que a família tem um papel central para a resolutividade do tratamento. Em todos os depoimentos foi apontado que é fundamental sua participação e envolvimento em todo o tratamento. Diante da Reforma Psiquiátrica, como forma de substituir o modelo hospitalocêntrico, é imprescindível que a família se envolva, se informe e busque compreender as características da doença do seu familiar.

A partir da busca pelo conhecimento sobre o sofrimento psíquico é importante e dar condições necessárias para que a família consiga oferecer suporte e apoio emocional para as pessoas em tratamento psiquiátrico, quando necessário. Cada família é única e, durante os depoimentos ficou evidente que a cada pessoa em sofrimento mental que chega nas unidades buscando atendimento, faz-se necessário uma abordagem distinta e um trabalho diferenciado. Segundo o Ministério da Saúde:

Essas famílias possuem demandas das mais variadas ordens, entre elas: a dificuldade de lidar com as situações de crise, com os conflitos familiares emergentes, com a culpa, com o pessimismo por não conseguir vislumbrar saídas para os problemas, pelo isolamento social a que ficam sujeitos, pelas dificuldades materiais da vida cotidiana, pelas complexidades do relacionamento com esse familiar, pela expectativa frustrada de cura e pelo desconhecimento da doença propriamente dita (COLVERO et. al., 2004 in BRASIL, 2013, p. 65).

Tanto o município de Cascavel através de sua Rede de atenção, como o CISOP através do SIM-PR têm procurado desenvolver trabalhos inserindo a família no atendimento. Quando a assistência psiquiátrica envolve crianças e adolescentes, a participação destes atores sociais torna-se ainda mais significativa para a resolutividade positiva no tratamento. No entanto, quando falamos sobre a participação da família no tratamento à saúde mental é preciso considerar que há alguns aspectos relevantes para a sua compreensão.

Um desses aspectos refere-se à questão do poder discutida por Foucault (2003). Para o autor, o poder está diluído nas microrrelações sociais e uma dessas relações, diz respeito à família, que exerce poder sobre o doente mental. Antes da reforma psiquiátrica, o poder exercido pela família, juntamente com o poder psiquiátrico, decidia sobre o tratamento do seu familiar, geralmente internado em instituições psiquiátricas. A partir de uma mudança na prática assistencial, a família continua exercendo poder sobre os familiares pertencentes ao mesmo grupo, pois com a assistência alternativa, a família torna-se corresponsável pelo “sucesso” do tratamento do doente mental.

A grande dificuldade nessa relação de poder estabelecida na família é quando ela se nega a participar do processo pelos mais variados motivos, ocasionando um resultado negativo no tratamento. Durante a entrevista realizada com uma portadora de transtorno mental e seus familiares foi possível perceber o sofrimento de todos ali presentes.

A depoente denominada neste texto de Frida⁵⁸ (pelo fato de ter permanecido durante toda a entrevista, colorindo um daqueles livros com desenhos prontos para colorir), possui uma experiência significativa acerca dos serviços de saúde mental, pois permaneceu 45 dias internada em um hospital psiquiátrico e passou cerca de 2 anos no tratamento CAPS. Portanto, seus relatos contribuem de forma significativa para a compreensão das práticas assistenciais na sociedade contemporânea.

Em meados de 2016, a depoente entrou em surto psicótico e, por decisão da família foi internada em um hospital psiquiátrico para tratamento. Os relatos dessa experiência são marcados por um sentimento de sofrimento, de ambas as partes. De um lado, temos a portadora de transtorno mental, classificado como transtorno bipolar, expondo fragmentos de sua memória sobre o período de internamento e, do outro lado, temos seus familiares, que sofrem ao vê-la em sofrimento, internada e a cada crise enfrentada, mas ao mesmo tempo, comemoram os períodos de estabilidade emocional, dando todo o apoio e suporte emocional que a família julga necessária.

De acordo com Dona Ladir (mãe de Frida), quando ela foi internada “estava numa situação que já não sabia mais o que estava acontecendo, ela estava num outro mundo, ela estava numa outra dimensão.” (2018). É possível perceber que a família, nos momento de crise estava desinformada, pois não sabiam o que fazer ao vê-la “fora de si”. A primeira reação foi procurar auxílio em um hospital psiquiátrico onde Frida ficou 45 dias internada e, só depois de ter sido submetida à um tratamento traumático é que a família procurou ajuda no CAPS.

É necessário levar em consideração que estamos falando de mais de um século de existência de hospitais psiquiátricos, contra 17 anos de reforma psiquiátrica no Brasil. Devido a essa diferença de temporalidades entre a existência de uma modalidade e outra é compreensível a busca pelo internamento ao invés de escolher o tratamento em liberdade, até porque a família, no momento da crise, não tinha conhecimento dos serviços extrahospitalares existente na cidade, além de não terem conhecimento sobre como lidar com o portador de transtorno mental em crise.

O hospital psiquiátrico em que Frida ficou internada possuía uma capacidade para 45 leitos. Entretanto, no momento em que ocorreu a internação, o hospital estava atendendo

⁵⁸ Para se referir à portadora de transtorno mental e seus familiares foram utilizados pseudônimos, como forma de preservar as identidades dos depoentes: Frida, D. Ladir, Susane, Camila e João, são todos nomes fictícios. Entrevista realizada no dia 19/01/2018.

apenas 10 pacientes privados, pois havia se desvinculado do SUS. Ao final do ano de 2017, o proprietário do hospital encerrou por completo as atividades.

A entrevista realizada com esta família foi marcada por momentos em que a emoção veio à tona em forma de lágrimas, especialmente Dona Ladir, comovendo todos na sala, inclusive, a entrevistadora que não conteve as lágrimas. Um dos elementos que Portelli (1997) considera importante para o desenvolvimento da entrevista, refere-se à questão da confiança, isto é, os laços de reciprocidade que se estabelecem entre entrevistado e entrevistador. Enquanto entrevistadora, apenas solicitava algumas informações sobre a experiência vivenciada pela portadora de transtorno mental e seus familiares, estabelecendo um “experimento de igualdade”. Na perspectiva de Portelli:

Uma entrevista é uma troca entre dois sujeitos: literalmente uma visão mútua. Uma parte não pode realmente ver a outra a menos que a outra possa vê-lo ou vê-la em troca. Os dois sujeitos, interatuando, não podem agir juntos a menos que alguma espécie de mutualidade seja estabelecida. O pesquisador de campo, entretanto, tem um objetivo amparado em igualdade, como condição para uma comunicação menos distorcida e um conjunto de informações menos tendenciosas. Igualdade, entretanto, não pode ser desejada no fazer. Não depende da boa vontade do pesquisador, mas de condições sociais. (PORTELLI, 1997, p. 9).

Tomando como base tais pressupostos, podemos considerar que a relação estabelecida entre entrevistado e entrevistador, contribuiu para uma abertura na comunicação, permitindo que os depoentes relatassem experiências dolorosas, daquelas que, nas palavras da depoente, “Deus o livre que coisa triste, não desejo isso para ninguém”. (Dona Ladir, 2018).

As experiências narradas sobre o período de internamento no hospital psiquiátrico parecem mais práticas realizadas na década de 1970, semelhantes àquelas que foram denunciadas e que desencadearam o processo da reforma psiquiátrica. Fazendo-nos refletir sobre o que Foucault (1978) denomina de rupturas e continuidades nas práticas assistenciais de saúde mental.

Segundo o relato, no primeiro momento da internação, foi estabelecido a necessidade de um período de “isolamento” da paciente. Nas palavras de Dona Ladir (2018), “o recurso é cinco dias sem ver ela: ‘Ela vai ficar cinco dias aqui’. Nós só podíamos chegar lá e colocar as roupas limpas num balcão e levar as sujas”. No momento de desespero, sem conhecimento sobre o transtorno que Frida sofria, muito menos como proceder para auxiliar na contenção da crise, a família concordou com as condições impostas pela equipe médica desse hospital. Segundo as depoentes:

D. Ladir: Cinco dias sem ver ela daí veio uma enfermeira e deu uma injeção. E ela já fez umas coisas horríveis que eu nem quero mais me lembrar, daí eles botaram ela numa maca e o João⁵⁹ falou assim: “Eu vou levar a minha dinda no colo”. Ele pegou ela assim no colo e levou e deixou ela sozinha num lugar. Aí ficou lá cinco dias. E aí o que a Camila e a Susane⁶⁰ faziam? Elas pegavam e iam correndo espiar ela (Frida) para ver o que estava fazendo né? Daí ela estava lá daquele jeito: deitada, espichada lá, ela estava bem dopadona, eles deixavam ela só dormindo, é triste. [...] Quando deu o dia da visita, ela começou a quase não conhecer, a Susane pegava ela assim e gritava: “Sou eu! Sou eu! É a mãe”. [...] Quando ela veio, ela estava toda roxa, estava com o calcanhar necrosado, tudo podre.

Frida: Isso aqui é uma cicatriz [apontando para o calcanhar]. (Dona Ladir; Frida, 2018).

Observa-se que os cuidados destinados aos internos no hospital psiquiátrico não condiziam com o que é preconizado na lei. De acordo com a Lei nº 10.216, em seu 2º artigo, é direito do portador de transtorno mental ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, ser tratada com humanidade e respeito, ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração, ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis, entre outros direitos que estão estabelecidos em lei. Diante do exposto, podemos considerar que Frida, durante seu período de internamento foi vítima de violência e maus tratos dentro da instituição psiquiátrica. De acordo com as depoentes:

D. Ladir: Ela ligava pra casa e falava assim: “Mãe, eu tô com dor”. Daí meu Deus do céu. A gente chegava lá e ela estava toda mijada, toda mijada, eu jogava saco de roupa que não dava mais pra lavar, eu jogava fora.

Frida: Eu não sentia fazer xixi, eu andava assim [demonstrando com as pernas entreabertas], daí eu descobri que era eu que estava fazendo xixi nas calças por causa do calmante que eles me davam que era tão forte que eu não sentia, aí falei assim “Ah, eu vou pegar umas roupas pra mim tomar banho”, daí eu parei na frente do guarda-roupas, daí eu olhei pro chão assim uma poça de água, daí eu falei “Nossa, da onde que tá saindo essa água?” Daí quando eu olho pro espelho, vejo que saia de mim e eu não sentia nada.

D. Ladir: Daí nós pegamos um dia, veio os de lá de Curitiba [se referindo aos seus parentes] fomos todos pra lá. Quando nós chegamos lá eu vi ela daquele jeito. Todo mundo se assustou. Depois nós viemos pra casa, chegamos em casa contamos para Camila, ela brigou com nós e falou pra Susane mãe dela “Esse lugar não é pra ela”. Acho que era umas cinco da manhã ela [Camila] chegou lá em casa: “Vó, se arruma rápido que nós vamos pra lá agora”. Daí chegamos lá e já fomos, ela falou assim “Vai lá dentro, arruma a roupa para vestir nela, o resto nos viramos” e daí nós voltamos para casa. Gente do céu, ela tinha uma tosse, uma tosse, ela estava com infecção nos pulmões, ela tinha uma mancha no pulmão e o médico também nem via isso, não é tão bom assim, mas a gente não tem outros aí

⁵⁹ João é o pseudônimo do sobrinho da depoente, portadora de transtorno mental e a partir de um determinado momento também participou da entrevista.

⁶⁰ Camila é o pseudônimo para a sobrinha de Frida. Susane é pseudônimo para a irmã de Frida. Porem ambas são apenas citadas durante o depoimento, mas não participaram da entrevista.

vai lá, e daí meu Deus do céu... Só sei que quando ela saiu de lá todo mundo tinha certeza que se ela ficasse mais uns vinte dias ela não ia aguentar. Nós tiramos ela, o médico não queria dar alta. Quando ela saiu ela tomava 20 remédios por dia, eu sai com uma caixinha de sapato cheia de remédio. (D. Ladir; Frida 2018)

De acordo com Portelli (1997), o ato de narrar o passado está intimamente relacionado com o presente. Isto é, ao elaborar a sua fala, o entrevistado interpreta o seu passado e reelabora em forma de relato. Este processo se caracteriza pela subjetividade dos depoentes de forma relacional entre passado e presente. Os depoentes ao narrar a experiência vivida dentro do hospital psiquiátrico, o fazem com o olhar contemporâneo, no qual Frida após um longo período de tratamento no CAPS se encontrava estável emocionalmente, especialmente no momento da entrevista. Assim, ao serem questionados sobre suas opiniões em relação ao hospital psiquiátrico, toda a família foi incisiva ao afirmar que são necessários ainda mais hospitais psiquiátricos na sociedade para “socorrer” aqueles que estão em crise.

Continuando o relato sobre a experiência do internamento, D. Ladir nos conta que a filha permaneceu todo o período de internamento, 45 dias sem evacuar. Estava com a barriga inchada e foi necessário tomar remédios com componentes laxantes para solucionar o problema. A partir dessa afirmação, podemos pressupor que o hospital não disponibilizava médicos clínicos para avaliar a situação dos internos ou se possuía, não realizava as avaliações periodicamente. De acordo com o depoimento, além deste, Frida saiu do hospital com outros problemas de saúde. Nas palavras de sua mãe:

E daí ela passava mal, ela tinha tosse, daí uma noite, não tinha fôlego, ela vomitava, ela tossia, de tanto tossir, uma noite ela se afogou, estava preta, e aquela dor que ela tinha nas pernas que ela arrastava as pernas, ela usava três fraldas. [...] Um dia ela surtou lá dentro, gritou, jogou objetos para o ar e por isso, foi presa, ela ficou amarrada à cama. Ficou com pés todo marcado, por isso deu a ferida no calcanhar. (D. Ladir, 2018)

A família de Frida buscou explicação, mas a direção do hospital não elucidou o ocorrido. Portanto, alguns fatos permaneceram sem explicação. A questão interessante nesse processo de adoecimento, internamento, tratamento e estabilidade emocional, refere-se ao fato de que mesmo após a experiência traumática vivenciada, de isolamento, falta de cuidados, medicação excessiva, limitação do funcionamento físico, a visão sobre o hospital psiquiátrico continua sendo positiva. No momento mais difícil de suas vidas, ele, a instituição psiquiátrica, com todo o seu histórico de poder e dominação sobre o corpo e a mente doente, estava lá, pronto a socorrer e apresentar um resultado rápido, pois afinal de contas, conteve a crise, sob

forte efeito medicamentoso, conforme os próprios relatos, a ponto de Frida não conseguir andar, perder autonomia sobre seu corpo e não lembrar com nitidez do período em que permaneceu internada.

Segundo a coordenadora regional de saúde mental, os serviços do CISOP e do SIM-PR buscam sempre inserir a família no tratamento. No ponto de vista da depoente:

Uma coisa que a gente percebe bastante é que às vezes a família é resistente por não entender o que está acontecendo, às vezes acha que o ente tem uma esquizofrenia. Eu sei o que é isso, eu sei que isso pode estar acarretando para vida dele, eu sei que ele tem que tomar um medicamento diariamente, que vou ter que acompanhar como ocorre esse processo. Então eu acho que esse fato de você tratar o usuário no território onde ele mora, podendo ter a possibilidade de trazer a família para esse tratamento pra que ela realmente faça parte disso eu vejo isso como realmente mais efetivo. (BARANCELLI, Aline, 2016).

Para Iara Bach, o modelo de atendimento à saúde mental contido na legislação passará a ter uma eficácia mais abrangente, a partir do momento que conseguir mudar a concepção de saúde mental da sociedade, principalmente de muitas famílias. Em sua perspectiva:

O hospital psiquiátrico de certa forma é um local onde principalmente as famílias procuram alguns profissionais para afastar a pessoa do convívio social. Eu vejo em comparação com o hospital psiquiátrico principalmente por os serviços estarem aproximando as famílias do atendimento, elas ficam responsáveis pelo tratamento. O que a gente percebe muito também é que quando a família procura um atendimento num CAPS, por exemplo, para o filho, a família também precisa de cuidado tanto quanto. E eu acho que os serviços de CAPS e até o ambulatório conseguem fazer isso, tratar do paciente que tem uma necessidade de tratamento psiquiátrico, mas também oferecer um cuidado pra família. Eu vejo essa diferença, porque no hospital é a medicalização, principalmente a medicalização e fora do hospital é as outras alternativas terapêuticas, a medicação é importante, mas ela é uma das terapias. Então tem outras formas que eu acho significativo, as oficinas terapêuticas, os atendimentos em grupos, os atendimentos individuais, as assembleias, o contato com a família, a visita domiciliar, os estudos de caso e rede interceptora, isso é que enriquece. (BACH Iara, 2016).

Historicamente o hospital psiquiátrico detinha o poder sobre o doente mental e ao internar, o sujeito passava-se à tutela da instituição, deixando a família isenta da obrigação de partilhar a responsabilidade do cuidado com a pessoa em sofrimento mental. A reforma psiquiátrica busca inserir as famílias no tratamento, chamando-as para o protagonismo familiar mesmo que muitas vezes a família não o queira. Na perspectiva do Ministério de Saúde:

Torna-se fundamental considerar que o provimento de cuidado doméstico à pessoa com sofrimento psíquico é um trabalho complexo, historicamente retirado da família e que agora lhe está sendo restituído. Esse cuidado requer disponibilidade, esforço, compreensão, capacitação mínima, inclusive para que os cuidadores encontrem estratégias para lidar com frustrações, sentimentos de impotência e culpa, ou seja, com suas próprias emoções. (BRASIL, 2013, p. 66)

Em outro momento da entrevista, Iara Bach aponta a família como elemento decisivo no tratamento psiquiátrico. Dentro desta perspectiva, a família torna-se atuante no processo de recuperação do doente mental. Foi possível observar que a família entrevistada, esteve e se mantém presente em todo o processo de tratamento de Frida. Buscou ajuda quando necessário, participando de forma ativa em sua vida, para que ela consiga alcançar sua estabilidade emocional. Durante o período de internamento, passados os 5 dias de isolamento exigido pelo psiquiatra, a família realizava visitas diariamente à Frida.

De acordo com os relatos, em todas as visitas, a interna estava “dopada”, não se percebia nenhuma melhora. Como já dito, por decisão da família, a interna foi retirada do hospital psiquiátrico. Para que a saída de Frida fosse liberada, foi necessário que a família assinasse um termo de responsabilidade. Ao fazer isso, tornou-se responsável legal pela doente mental e não mais o hospital psiquiátrico, dando continuidade ao tratamento domiciliar através dos medicamentos. A participação ativa da família no processo de recuperação do doente mental contribui para a formação do sujeito, especialmente após a descoberta do transtorno. Na perspectiva de Valadares e Soalheiro (2015),

A família exerce importante papel na formação do ser, por meio das relações estabelecidas entre o grupo familiar. O próprio sujeito cria sua intersubjetividade por meio das influências externas, por exemplo, originadas da família e de sua própria consciência, formando, assim, um jogo de fatores externos e internos da constituição do sujeito. (VALADARES; SOALHEIRO, 2015, p.521).

Após a descoberta da doença é necessário um período de adaptação, de conhecimento próprio, de se reconhecer enquanto um sujeito portador de transtorno mental. Ao mesmo tempo, a família em sua participação ativa, também passa por um processo de adaptação, conhecimento da doença e suas características para compreender e poder escolher a melhor forma de auxiliar para manter suas condições psicológicas estáveis. Neste sentido, as ações familiares são fundamentais no processo de reconstituição da subjetividade dos sujeitos.

Segundo os depoimentos da família, poucos dias depois da saída de Frida do hospital, tomaram conhecimento da assistência oferecida no CAPS, encaminhando-a para o tratamento,

no qual permaneceu por dois anos. Ao serem indagados sobre as práticas terapêuticas realizadas no serviço aberto, observou-se uma mudança no tom de voz e até no semblante dos depoentes. Os relatos sobre esta experiência apontam aspectos positivos para a recuperação da estabilidade emocional de Frida. Entretanto, uma das grandes preocupações dos depoentes era que ao final de 2017, ela havia recebido alta e estavam receosos sobre sua estabilidade emocional fora do serviço de assistência psicossocial.

Durante a entrevista realizada com Iara Bach, ao ser indagada sobre a média de duração de um tratamento, a depoente informou que este tempo recebe influência direta da forma como a família se relaciona com o paciente. Em suas palavras:

Depende muito de como a família também se responsabiliza, nós não temos uma média fechada, mas geralmente é de um ano, dois até três anos às vezes o paciente fica em tratamento com o matriciamento. Isso também é outra questão, como é novo ainda, tem um ano e pouquinho que estamos fazendo essa prática ainda não na totalidade. Mas o propósito disso tudo também é que a gente consiga que o paciente permaneça aos cuidados da atenção básica o mais rápido possível para ficar mais perto da casa dele, para não ter esse transtorno de estar indo e vindo. Porque tem mãe ou pai até que fica meio dia num CAPS aguardando o filho fazer as atividades e o atendimento e aí nós temos nos CAPS oficinas para os pais também. Os pais que aguardam têm oficina terapêutica pra eles, mas a gente sabe que muitos deles gostariam ou deveriam estar no mercado de trabalho pra melhorar a renda e tal, e não podem em função disso, tem o compromisso de estar levando o filho. (BACH Iara, 2016)

Cascavel é um município relativamente extenso em termos territoriais e muitas vezes o deslocamento de um ponto ao outro a cidade pode levar mais de uma hora. Além disso, há também a questão financeira e de infraestrutura que pode acabar tornando-se um problema para o não comprometimento da família com o tratamento do paciente.

De acordo com os depoimentos, a prefeitura de Cascavel fornece vale transporte para que paciente e o familiar, quando necessário, possam se deslocar até os serviços especializados. No entanto, conforme aponta Iara Bach, muitas famílias são de baixa renda e precisam trabalhar para garantir o seu sustento. Com o familiar em tratamento fica impossibilitado de se inserir no mercado de trabalho. Estes fatores, entre outros elementos, são questões que interferem de forma positiva e/ou negativa na resolutividade do tratamento.

Durante a realização da pesquisa e as visitas que foram feitas aos serviços especializados em saúde mental foi possível observar que as unidades CAPS estão inseridas em locais relativamente próximos ao centro da cidade, porém nas redondezas não há nenhuma estrutura que possa auxiliar os familiares, como por exemplo, mercados, lanchonetes, parques

e outros pontos que possam oferecer alguma forma de distração, enquanto esperam o atendimento.

Observa-se que diante desta realidade e pelas dificuldades encontradas, muitos familiares acabam desistindo de acompanhar os pacientes até às unidades para continuar desenvolvendo o tratamento. Entretanto, o fato de haver oficinas direcionadas aos familiares, principalmente pais das crianças e adolescentes que frequentam os CAPSi, na visão das depoentes, tornou-se um ponto positivo e contribuiu para despertar o interesse dos familiares na participação no tratamento dos usuários dos serviços da Rede. Todavia, cabe destacar que não são todos os serviços que desenvolvem oficinas ou atividades para os familiares, como também não são todos os familiares que participam das atividades ofertadas pelos serviços.

Como vimos anteriormente, quando o Hospital São Marcos fechou as portas, houve manifestações dos usuários e de familiares contra seu fechamento, demonstrando a visão hospitalocêntrica do pensamento da época. No entanto, passados mais de 10 anos do início de um tratamento alternativo para a saúde mental, segundo Iara Bach, este pensamento mudou, pelo menos em parte da sociedade. Analisando o conjunto de fontes, é possível concluir que a percepção sobre o tratamento psiquiátrico se transformou a partir da compreensão e da participação da família no tratamento.

No modelo hospitalocêntrico de tratamento à saúde mental encontrava-se muitas famílias procurando a instituição para internar o parente pelos mais variados motivos, como por exemplo, porque a família estava cansada, não sabia mais o que fazer com o doente mental, precisava trabalhar e não podia cuidar do doente, porque não sabia como lidar com a doença, não se sentia responsável pelo parente, entre tantas outras justificativas que existiam para internar a pessoa que estava em sofrimento mental. Para Iara Bach, hoje as famílias têm percebido a importância de sua participação no tratamento psiquiátrico e, de um modo geral, preferem o tratamento alternativo.

Hoje não, eu vejo bem ao contrário, eu vejo que as famílias que têm os seus filhos em tratamento no CAPS, no ambulatório ou em algum ponto de atenção à saúde mental, eles preferem muito mais que a gente não os interne do que interne. Então assim, em último caso, eles lutam com os profissionais até o último recurso pra não internar. (BACH Iara, 2016).

Ao conversar com o secretário de saúde de uma das cidades vizinhas de Cascavel, que estava envolvido com a estruturação de serviços de saúde mental em sua cidade, ele nos relatou que muitas famílias realmente não querem cuidar do doente mental. Segundo o seu depoimento, enquanto articulava em sua cidade a estruturação de um CAPS, algumas famílias

o procuravam para internar o doente, principalmente em períodos de festas, feriados e fim de ano. Até que ponto estas informações se confirmam em dados, não encontrei nenhum registro documentado, porém nos faz refletir sobre o papel da família no cuidado com o doente mental.

Todavia, por mais que a assistência psiquiátrica alternativa tenha promovido mudanças de paradigmas sobre a saúde mental, ainda há muitas resistências em relação a esta forma assistencial. Segundo Iara Bach, há muitos casos de recusa ao tratamento nos CAPS ou ambulatorial e, geralmente quando isto acontece é porque não há envolvimento da família no tratamento. Em suas palavras:

Nós temos ainda situação daqueles que não querem aderir ao tratamento, não querem ir ao CAPS, tem muitos que se negam terminantemente à fazer uma consulta na unidade básica. Esses são os casos mais críticos, porque daí também a gente não encontra muito apoio da família e daí esses muitas vezes lutam no sentido de internar a pessoa, que daí fica afastada um tempo, porque realmente eles dão trabalho. Esses casos a gente percebe que a preferência da família é o hospital para deixar ele um tempo lá afastado. E tem família que nos procura que quer um lugar para deixar *ad eternum* o seu familiar internado para o resto da vida. Na semana passada veio uma senhora aqui que ficou muito brava comigo quando eu disse que não existe mais, nenhum hospital, nenhum lugar que interna uma pessoa para o resto da vida e ela ficou bem nervosa: ela tem dois irmãos esquizofrênicos que não usam a medicação ela não dá a medicação, quer dizer, não é que ela não dá, ela tem dificuldade porque são dois irmãos pra cuidar e mais uma criança pra cuidar e a família dela não ajuda, a família dela não se articulou para poder revezar pelo menos o cuidado, ou um fica com um irmão o outro fica com o outro irmão, mas ficou tudo por conta dela. Então ela está exausta de cuidar dois irmãos com esquizofrenia e mais uma criança e um irmão que de vez em quando quebra tudo na casa dela, exige que ela faça as coisas na hora que ele quer. Então a gente comprehende também. Aí a vontade dela é de internar esse irmão para o resto da vida e quando eu disse que nós não tínhamos, não tem mais, mas a gente tinha esses serviços pra oferecer, ela ficou muito nervosa. (BACH Iara, 2016).

É importante pensar sobre o papel da família no cuidado com o doente mental, mas a reflexão sobre como cada família consegue lidar com a doença também é uma questão fundamental. Neste sentido, o atendimento que os serviços de saúde mental procuram oferecer para a família tem importância significativa para auxiliar ambas as partes, família e doente mental, a superarem juntos a doença e/ou em casos em que não há cura, apenas o controle da doença, auxilia na compreensão do que se trata a doença e ensina como lidar com a pessoa.

De acordo com os depoimentos, há também casos em que a família é mais doente do que o próprio doente mental. Ou seja, para que se tenha uma resolutividade positiva nestes casos faz-se necessário que a família seja atendida e tratada também, caso contrário, não irá

sanar os transtornos. A depoente Iara Bach, nos cita um exemplo de uma mãe que necessitava de tratamento tanto quanto o filho. Segundo seu depoimento:

Tivemos um exemplo de uma senhora que depositava todas as dificuldades, problemas do filho em cima do serviço. Ela queria que o serviço desse conta integral de tudo do filho. O dia que o filho saia pra usar droga ela queria que o serviço acolhesse ele independente de qualquer circunstância e cuidasse dele e se ele fosse é porque o serviço deixou ele, mesmo que estivesse na casa dela, e quem estava precisando de tratamento era ela. Foi uma luta de mais de um ano para essa mãe aceitar que ela precisava de tratamento. Hoje ela está em tratamento e a vida mudou completamente, o filho está em tratamento num serviço e a mãe está em outro. Hoje a relação entre o serviço e ela nem se compara, a gente tem ainda famílias que relutam, porque o problema não é da família, o problema é dele. (BACH Iara, 2016).

A partir dos depoimentos observa-se que o discurso é de que no modelo alternativo de assistência psiquiátrica a família se constitui enquanto uma peça chave para a resolutividade do tratamento. É imprescindível que os entes se percebam enquanto responsáveis pelo tratamento e não apenas deleguem este papel aos serviços de saúde mental. Todavia é necessário que o Estado dê as condições para que as famílias auxiliem na recuperação do paciente.

Durante todas as entrevistas nos serviços de saúde mental, principalmente nos CAPS, as profissionais de saúde falaram sobre o trabalho com a família. Para as depoentes é fundamental a orientação para as famílias, bem como a participação das mesmas no tratamento, principalmente nos casos de crianças e adolescentes. Na entrevista realizada com Marcia Apolinário, ela nos informou que muitos casos que chegam até eles foram ocasionados por brigas com a família. Como o CAPSi lida exclusivamente com crianças e adolescentes de 0 a 18 anos com transtornos mentais é frequente casos em que as crianças e adolescentes brigam em casa e tentam suicídio. No CAPSi, principalmente a participação da família é obrigatória e primordial. De acordo com seu depoimento, o CAPSi oferta oficinas de artesanato para as mães que ficam aguardando os filhos durante as oficinas terapêuticas.

Porque a gente tem crianças aqui de quatro, cinco, seis anos de idade, então as mães vêm e como é muito ruim o deslocamento, muito longe, elas acabam ficando aqui. Então a Dona Eva que é professora de artesanato, ela tem uma sala e essas mães se elas quiserem, não é obrigatório, é opcional, você pode vir se você quiser, elas ficam nessa sala de artesanato e vão aprendendo diversas coisas. Têm algumas mães que adoram, que começaram a fazer as coisas aqui e hoje estão até vendendo artesanato. (APOLINÁRIO Marcia, 2017).

Segundo Marcia Apolinário, como se trata de crianças, a ida de um acompanhante é obrigatória e quem geralmente acompanha são as mães. Para a entrevistada este aporte dado pela família é fundamental, até na questão da adaptação ao tratamento. No início, durante o processo de adaptação, muitas crianças só aceitam se a mãe ou alguém da família for junto. Porém é necessário que haja um atendimento individual, diferenciado para as crianças. Em suas palavras: “No início a mãe vai, fica junto na oficina, até os pouquinhos a gente ir tirando e deixar que ela participe sozinha, a gente precisa ter essa socialização sem estar a mãe junto ou um responsável.” (APOLINÁRIO Marcia, 2017).

Ao ser indagada sobre a participação e envolvimento das famílias no tratamento, Marcia Apolinário afirmou que:

Tem famílias e famílias. Algumas famílias têm uma participação muito boa, seguem as orientações, participam dos grupos, a gente tem um grupo com famílias que a equipe técnica faz à noite de dois em dois meses. Aí trabalhamos com temas que eles trazem para ser discutido com eles, tirando dúvidas com esses pais. Agora vai iniciar um grupo com os estagiários de psicologia, que a gente tem várias universidades que fazem os estágios aqui. A gente vê muita desistência, quando a gente pega, se você for ver, realmente a criança está aqui, ela é o espelho da família. Então não é só a criança que precisa ser trabalhada, geralmente é algo que está acontecendo nessa família também, é na maioria das vezes. Quando você não tem uma esquizofrenia que é uma coisa mais, esquizofrenia, tratamento psicótico, coisa ali mais voltada mesmo pra essa área, quando é questão da agitação, conduta, depressão, a gente tem que trabalhar a família também e é a questão dos psicóticos, a gente tem que trabalhar, ou um autismo a gente tem que trabalhar a família para que ela siga as orientações. Porque muitas vezes não se tem aceitação quando a criança, adolescente tem esse tipo de doença. A família não aceita que ele seja assim, não segue orientação médica, não dá a medicação, acaba tendo vários surtos, até ela se conscientizar que o seu filho vai precisar de medicação para o resto da vida, que ele vai ter uma coisa a mais, vai ter que ter esse cuidado mais atento da família. E os transtornos de conduta que geralmente vem é família que a gente tem que trabalhar principalmente se a família não mudar, a gente não consegue mudar a criança. Então a gente tem essas questões da orientação, quando a gente vê que não vai, não vai, daí a gente chama a família e coloca, ‘Óh, você faz assim, porque a gente está com uma criança que vai ser assim para o resto da vida se você não mudar a conduta’. [...] mas a gente trabalha mais sobre a questão de comportamento é com a família, de orientação, de como proceder, do que fazer e coloca nas oficinas a questão da socialização mesmo, e de adaptação de regras e rotinas nas oficinas a gente trabalha isso também. (APOLINÁRIO Marcia, 2017)

A partir dos depoimentos é possível perceber como a ação da família é fundamental para a recuperação e/ou estabilidade dos sujeitos com transtornos mentais. De acordo com a Legislação em Saúde Mental, cabe ao Estado brasileiro a responsabilidade na defesa dos

direitos das pessoas com transtornos mentais, bem como o compartilhamento desta responsabilidade com os demais setores da sociedade, principalmente a família. Observando o texto contido nas leis, diretrizes e portarias que regulamentam a saúde mental no Brasil é possível verificar que família e familiares, são palavras que se inscrevem em diversas passagens do documento. Inseridos nesta política voltada para a integração do sujeito com transtornos mentais em seu meio de convívio social, os entrevistados dos serviços especializados de Cascavel afirmam em vários momentos a necessidade da integração família/doente mental. Segundo Marcia Apolinário,

A gente precisa muito que a família esteja atenta, para ele não precisar ir para a internação hospitalar, porque quando ocorre internação hospitalar isso descompensa. Então entrou em surto, se houve uma descompensação é que houve falta de cuidado da família, ou na questão da medicação, ou deixou ele sem supervisão, alguma coisa aconteceu ali. Então pra isso que precisa dessa hospitalização, pra você conseguir controlar de novo, acertar a medicação, se foi isso realmente que aconteceu. (2017).

A partir desta fala, podemos pressupor que os cuidados que a família empenha em seu familiar doente pode influenciar até mesmo na questão das recaídas e internações. Ou seja, ela será responsável para o resto da vida, principalmente em casos crônicos, sobre aquele sujeito. A partir do momento que se identifica a doença, os familiares se tornam cuidadores daquela pessoa. Por isso, o trabalho realizado pelos CAPS com os familiares é fundamental para sua percepção quanto tal.

Por outro lado, verifica-se que em alguns momentos, a família é taxada como a principal responsável pelo sucesso do tratamento, especialmente em documentos elaborados pelo governo federal. Observa-se que o maior problema é a condição socioeconômica e deixar que uma família pobre e desestruturada seja o único responsável pelo doente mental é relegar o papel do Estado nas garantias mínimas de uma vida digna dos sujeitos. Muitas vezes, quando não há um suporte efetivo por parte dos serviços, as famílias ficam entregues à sua própria sorte, se sentem culpadas pela condição psicossocial do parente. Com os serviços alternativos, a família passa a ser coadjuvante no processo tratamento/cura do doente mental. Para a assistente social, as famílias quando chegam na unidade de saúde mental precisam aprender sobre qual é a doença que seu familiar tem e qual é o papel do CAPS. Em suas palavras:

A maioria, é uma creche [no sentido de que são crianças e tem muito o que aprender]. Tem bastantes famílias que não são comprometidas com o

tratamento, querem só o local pra colocar ali pra ter um tempo de descanso. Então, a gente tem que trabalhar porque se não trabalhar a família, a criança não vai ter desenvolvimento nenhum. É primordial, porque a criança é o espelho da família. Se tem alguma coisa dentro da família a criança estará espelhando isso. Tem toda essa questão do “toma que é teu” e tem aquela questão que a família traz aqui porque o problema está no adolescente, daí a gente começa trabalhar e vê que a família é o problema. Quando a gente começa a trabalhar a família, que é a família tem que mudar, não é só o adolescente ou a criança que tem que mudar, mas a família inteira tem que mudar, aí eles fogem né, desaparecem do atendimento. Tem, uma desistência bem grande, quando a gente começa a mexer na questão familiar, eles não querem, não querem mudar. O problema não é nosso, o problema é deles, eles que têm que resolver. A gente tem muitas famílias que trazem aqui pra ficarem em casa tranquilos. Então é uma questão que o medicamento não está fazendo efeito, quer que vai dando medicação pra criança ficar em casa só dizendo amém, isso não é o perfil de um CAPS. (APOLINÁRIO Marcia, 2017).

Para mudar esta perspectiva sobre o tratamento psiquiátrico é necessário uma mudança de paradigmas sociais e culturais. Questão que exige um esforço imenso dos diversos setores envolvidos. A começar pelos profissionais de saúde para que estes sejam capazes de transformar as concepções institucionalizadas e institucionalizantes sobre saúde mental.

Para Maria Vilma Aguirre, é importante que os serviços estabeleçam um laço de confiança com a família, para que se tornem o elo entre o serviço e o usuário. Ao relatar sobre os serviços ofertados pelo SIM-PR, Aguirre informa que o plano terapêutico de cada paciente é elaborado individualmente e, que depende muito da disponibilidade do paciente, como também do apoio familiar que ele recebe ou não fora do atendimento. Em suas palavras,

O paciente tanto pode vir todos os dias da semana, quanto pode vir uma vez na semana, duas vezes na semana, três vezes na semana, aí é a disponibilidade, a condição que ele está no momento dele com a família, dele estar aderindo e se disponibilizando a vir quantas vezes a gente, tanto a equipe avalia necessário aquele caso, mas também que ele se coloque a disposição pra vir. Então o paciente que consegue, que tem esse suporte familiar, que consegue vir, a gente nota até uma resposta muito melhor, porque uma vez ele não precisando estar internado, e ele tendo esse suporte lá fora, tanto ele como a família, tornam-se corresponsáveis por aquele tratamento. Eles se tornam participativos naquele tratamento, então não é só a família internar e cruzar os braços e ir embora, a família tem que ter um movimento, ela tem que participar, ela tem que participar de reunião, ela tem que vir quando ela é chamada pela psicóloga, ela tem que vir quando é chamada pelo serviço social. Quando a gente observa várias situações no meio familiar, a gente encaminha pra alguns atendimentos fora, ela deve fazer, porque se ela não participar e ela não aderir, a gente meio que entre aspas, a gente coloca obrigação pra família também, se tratar, acompanhar, participar, entender esse processo de dependência química, o que é mudança de postura, o que eu faço pra ajudar, então eles se tornam corresponsáveis,

coparticipativos do tratamento, então essa é a proposta principal do SIM-PR. (AGUIRRE Maria , 2017).

Em outros casos a família é que oferece risco à recuperação do dependente químico, obviamente é a minoria dos casos, mas não se pode descartar esta possibilidade E, segundo a coordenadora do SIM-PR, nestes casos, faz-se necessária a separação do convívio familiar. Cada serviço de saúde mental de Cascavel possui suas particularidades e um diferencial do SIM-PR é a oferta de leitos, que possibilita entre outras situações, a retirada dos usuários do ambiente de risco. Aguirre deixa bem claro ao afirmar que o SIM-PR não é um hospital psiquiátrico e, portanto, não se refere à um internamento, mas sim um acolhimento. Para a depoente:

A gente só oferta esse leito porque ele está com alguma vulnerabilidade, mas ele é um paciente CAPS, ele é o mesmo paciente do tratamento do CAPS, ele não tem diferencial nenhum, a única coisa porque naquele momento ele está com alguma vulnerabilidade. Muitos acolhidos estavam na rua, eram moradores de rua, não têm onde morar e isso é um dificultador para ele aderir o CAPS, para ele fazer o tratamento. Muitos estão na rua porque em casa perderam o vínculo, ou têm a base familiar, mas a família não sabe lidar, não consegue, não entende, e então a gente até oferece num determinado momento, até se trabalhar com essa família, para família entender e ele poder voltar. Porque às vezes dentro da família tem outras situações de risco, o pai é dependente junto, o outro irmão é dependente, a mãe é dependente, e ele está na casa, ele vem, fica o dia inteiro aqui, mas ele volta pra casa, ele tem droga, ele tem bebida à vontade na casa dele, então aí não vai contribuir. Então ele decidiu o tratamento, mas os demais não, então a gente tem que fazer a diferença pra esse que decidiu, por isso que a gente oferta um leito, mas no acolhimento nada mais é que é um leito. As unidades de acolhimento são leitos de residência terapêutica temporária. (AGUIRRE Maria, 2017)

De acordo com o depoimento, quando se trata de dependentes de substâncias psicoativas a participação da família e a adesão ao tratamento do usuário do serviço possuem algumas variantes. Neste sentido, algumas famílias são mais resistentes que outras ao tratamento de seu familiar. Ao ser indagada sobre a participação das famílias, Aguirre relatou que:

Depende do momento da família, depende, porque assim, cada caso é um caso. Aquela família que já está cansada, que já é há 20, 30 anos usuário, família que já acabou, é uma família muito mais resistente, é uma família que já não confia, não acredita mais na mudança, já não acredita mais que ele não vai recair. E no processo de recaída da dependência a gente não trabalha com cura, a gente trabalha com uma estabilização, a volta do controle e essa volta do controle do indivíduo a gente não sabe até quando ele vai levar. Então a família precisa entender isso, a família que a gente

consegue trazer e consegue fazer entender, porque a gente trabalha desde a questão de saúde mental para família, porque a família adoece junto, a família fica doente né? Então quando a família começa a entender a proposta, ela adere e ela começa a participar e ela gosta porque ela começa a entender. A gente tem grupo de autoajuda, grupo de partilha de família que faz bem pra eles, aquela família feliz ela vem com todo gás, ela vem com vontade, ela não entende ainda, ela acha que tem cura, ela acha que basta estar aqui e pronto, vou resolver e nunca mais vai acontecer isso na minha vida, e quando ela começa às vezes perceber que não é bem assim, que infelizmente se ele é dependente ele vai ser dependente pro resto da vida, e que ele pode ser que passe pelo processo de recaída o resto da vida, e que a família vai ter que estar ali pro resto da vida, então às vezes desanima e depois a volta, então tudo cada caso é um caso, sabe. Mas a gente tem tido uma adesão bem grande de família, 30, 40, 60, 70 famílias por reunião sabe, a gente chama muito eles pra conversa, pra atendimento, trabalho de formiguinha, cada caso é um caso, cada família é uma situação, sabe, cada família uma cicatriz, cada família é um trabalhar diferente. (AGUIRRE Maria, 2017).

Para Maribel Lopes Rodrigues, a primeira ação que a família tenta fazer ao buscar atendimento na unidade é internar o adolescente. E quando isto ocorre, a iniciativa do CAPSad é trabalhar a questão familiar, mostrar para a família que o problema do adolescente com as drogas tem relação com a família também. De acordo com Rodrigues:

Quase sempre as famílias querem internar, primeira coisa que a família quer fazer é internar, se livrar do paciente como se o internamento fosse resolver naquele momento. Então assim, eles querem passar para frente, e nessa hora você não tem que buscar, você tem que tentar trazer eles pra próxima e sem acusar, porque eles chegam aqui nos momentos, tem conflitos familiares, por exemplo, a psicóloga que trata a família que muitas vezes a seção dela é mais basicamente pra ser um elo de intervenção, tipo assim, você venha pra perto, que horas você vai chegar em casa? Que horas você vai sair? Que horas você vai fazer né, estudar, então fazer acordos com elas com as mínimas coisas dessa relação, ninguém ensina a ser pai ou mãe, mas às vezes a família está totalmente desorganizada, que você precisa pôr regras e limites, fecha o horário de chegar em casa, fecha o horário de saída, fecha horário do videogame, então cada um com o seu perfil, a gente às vezes tem que trabalhar a organização familiar mesmo pra funcionar as coisas. (RODRIGUES Maribel, 2017).

Este trecho da entrevista nos leva a uma reflexão sobre a questão estrutural da sociedade atual. É possível refletir sobre uma sociedade marcada pelo ritmo do trabalho no sistema capitalista, o qual não permite ou pelo menos limita que as famílias atendam às necessidades afetivas das crianças e adolescentes. Numa sociedade que preza mais pelo “ter” do que pelo “ser” acaba trocando a atenção, educação e carinho que as famílias deveriam dar às crianças e adolescentes por objetos e produtos de consumo. E, em muitos casos, como a

maioria das famílias que tem seus adolescentes frequentando o CAPSad, o dinheiro que recebem é insuficiente para manter suas necessidades básicas ou, nem isso.

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA é direito da criança crescer em um ambiente saudável e harmonioso para que possa desenvolver a sua personalidade de forma adequada de acordo com as regras de convívio em sociedade. Neste sentido, o 6º Princípio do ECA diz que:

Para o desenvolvimento completo e harmonioso de sua personalidade, a criança precisa de amor e compreensão. Criar-se-á, sempre que possível, aos cuidados e sob a responsabilidade dos pais e, em qualquer hipótese, num ambiente de afeto e de segurança moral e material, salvo circunstâncias excepcionais, a criança da tenra idade não será apartada da mãe. À sociedade e às autoridades públicas caberá a obrigação de propiciar cuidados especiais às crianças sem família e aquelas que carecem de meios adequados de subsistência. É desejável a prestação de ajuda oficial e de outra natureza em prol da manutenção dos filhos de famílias numerosas. (DIAGIÁCOMO, 2010, P. 338)

Em muitas famílias, compreendendo aqui família como um grupo de pessoas que vivem sob um mesmo teto, independente do gênero ou grau de parentesco, não há uma base sólida ou apoio por parte do Estado para o desenvolvimento da criança de forma integral, como segurança, educação, saúde e lazer. Para as depoentes, quando a família não oferece apoio integral ao paciente, o tratamento e recuperação/estabilização podem ficar comprometidos.

Conforme as coordenadoras das outras unidades, Maribel Rodrigues também aponta como dificultador no tratamento dos usuários dos serviços de saúde mental a não aceitação da doença pela família e de que ela mesma, igualmente ao usuário precisa de tratamento. Para a depoente, se não houver essa autoaceitação por ambas as partes envolvidas, o tratamento pode não ser eficiente.

Aquela família que participa, que vem, que ele vê que o problema não é ele, o problema é de todos, então muda muito. E outra, a mãe também, ela precisa, a família ela é co-dependente, ela não usa, mas tem casos de pais que usam drogas, muitas vezes a mãe ou o pai, não usam droga, não são usuários, mas eles são co-dependentes. O ciclo vicioso daquela casa se ocorre daquela forma, então eu não consigo valorizar uma mudança, não consigo entender primeiro eu tenho medo, então eu só critico. Precisa trabalhar a família, se não trabalhar a família, porque ela é co-dependente daquela droga, às vezes ela nem se percebe que, às vezes o melhor da casa é o adolescente, e ele é o bode expiatório. E às vezes ele é o bode expiatório, a família empurra ele pra fora, a família empurra ele pra aquilo inconscientemente, mas ela precisa daquilo pra ela estar viva, pra ela funcionar, senão ela não funciona daquele jeito. Por isso que tem que

trabalhar a família junto, não pode ser separado, você precisa descobrir aonde que foi que aconteceu a situação. (RODRIGUES Maribel, 2017)

Em todas as entrevistas realizadas com os profissionais dos serviços de saúde mental de Cascavel, foi mencionado que todo tratamento é decidido em conjunto com a família. No CAPS III, que oferece atendimento para doentes mentais crônicos, foi criado um Grupo de Família, no qual ocorre reuniões para discutir a relação familiar com o paciente. Além de transmitir informações sobre a doença, formas de lidar com o paciente. Na perspectiva das entrevistadas, faz-se necessário que os familiares compreendam a doença, o doente e saibam lidar com as situações adversas que surgirão ao longo de suas vidas. De acordo com a Coordenadora do CAPS III:

As famílias estão muito próximas do serviço, estão muito presentes nos grupos de apoio, seguindo as orientações, buscando entender sobre a doença, saber do que, como fazer, seguindo as orientações da equipe. Isso também contribui muito pra que esses pacientes fiquem estáveis, que eles tenham uma qualidade de vida melhor, que não haja tantos conflitos na casa por questões da rotina deles mesmo, por falta de entendimento, conhecimento da doença, de como fazer, e a equipe tem um papel muito grande nesse acompanhamento do familiar, e isso é um fator que traz essa redução de internamento, essa redução de pessoas que ficavam a longo tempo nesses hospitais. (REIS Sônia, 2017)

A participação da família no CAPS III, diferentemente das outras unidades de saúde mental é relativamente alta. Talvez possamos atribuir a este elemento, o fato de que por se tratar de adultos, os familiares possuem uma aceitação e compreensão melhor sobre o doente e a doença, diferentemente da criança ou do adolescente que ainda está na fase de adaptação e aceitação.

Para a psicóloga do CAPS III, Patsy Adriane Bernardo, existe uma espécie de “tripé” no tratamento psiquiátrico nos serviços alternativos de saúde mental. Este “tripé”: paciente, profissional e família, em sua visão, são a base de um tratamento sólido e eficaz que busca a melhoria constante da pessoa. Nos depoimentos analisados, não se fala em cura, até porque em boa parte dos casos, os profissionais afirmam que não há cura, mas sim a estabilidade psicológica desse paciente. Na visão da psicóloga, a participação da família no tratamento do paciente é bem efetiva. Em suas palavras:

Justamente por essa postura aberta da equipe e o interesse no outro, a família precisa do CAPS e nós precisamos também dessa família. Eu costumo fomentar que é a função do paciente, a função do profissional e a função da família, é o tripé do tratamento. Então quando a família está distante a gente sente muito essa dificuldade no trabalho com o paciente, distante tanto

emocionalmente quanto fisicamente falando. Então é necessário sim a família próxima, a gente sempre tenta fazer o máximo pra reforçar isso nas famílias, têm os grupos de todas as áreas, eu como faço os atendimentos já no psicoterápico, os atendimentos prévios, e nesses atendimentos a família sempre é vista principalmente pela parte psicossocial, psicoterápico, não só na psicologia, vou colocar todos, mas o psicólogo precisa ter essas orientações com o familiar, com o responsável, eu sempre peço, faço questão de estar próximo ao tratamento porque muda muito, a gente vê a melhora no comportamento, vê questões relacionadas à parte sistêmica do que mantém esse adoecimento, não é só o adoecimento mas questões fisiológicas que também tem toda uma manutenção na doença portadora, na manutenção do quadro ansioso, do quadro depressivo. Até em termos de crise nós vemos as restrições às vezes dentro da família, então a gente faz essas análises enquanto psicólogo e vê em quanto realmente a gente vem podendo contribuir com essa família, pra ser legal, pra esse paciente pra trabalhar também as relações, são várias questões. (BERNARDO Patsy, 2017).

Ao analisar o conjunto de fontes, foi possível perceber que visão de que o internamento é a melhor solução para o tratamento psiquiátrico continua permeando a mentalidade dos familiares, assim como o papel central atribuído ao psiquiatra. Entretanto, em quase duas décadas de implantação da reforma psiquiátrica ocorreram diversas mudanças no olhar sobre a saúde mental e a forma de tratar as doenças relacionadas ao psicológico. De acordo com Patsy Bernardo, a partir da reunião de grupo com as famílias tem melhorado a percepção dos familiares sobre o doente e sobre a doença. Ao ser questionada sobre a intenção inicial dos familiares em internar o doente, a psicóloga relatou que:

Já melhorou bastante porque essa promoção dos grupos, das conversas, das interações da equipe, colocando a família como responsável também, é essa consciência que a gente procura desenvolver, mas às vezes tem alguns que chegam aí e tem alguns momentos que cansa mesmo, cuidar. O papel de cuidador, muitas vezes falam da equipe, mas eles também são cuidadores, nós temos uma habilitação, a família não tem, então tem horas que eles precisam mesmo. Aí vem para o CAPS ver o que está acontecendo é feito todo esse trabalho não só no CAPS, mas a rede se articulando, isso é um ganho bastante grande, que a família também precisa se sentir acolhida, não só no CAPS, mas em qualquer serviço de saúde que ela se encontrar, assistência né e tudo mais. Mas tem momentos que tem famílias que quer dizer assim: “Assume que é de vocês!”, mas aí a gente começa a questionar, será que é nosso ou é nosso? (BERNARDO Patsy, 2017).

Um dos elementos importantes da fala da Patsy Bernardo é a questão do acolhimento à sociedade por parte dos profissionais de saúde. A sua fala nos leva a refletir sobre a necessidade de tratamento mais humanizado, mais respeitoso e mais próximo à sociedade. A pessoa que procura atendimento médico é porque algo não está bem com ela ou com alguém próximo a ela e ao chegar nas unidades de saúde recebe tratamentos desumanos, a situação

pode-se complicar ainda mais. O trabalho realizado pelo CAPS, cujo objetivo é a promoção e melhorias das condições de convivência em sociedade, segundo a psicóloga, não só do doente, mas das famílias como um todo, torna o atendimento afetivo e acolhedor, capaz de oferecer um suporte emocional para as famílias, muitas vezes já desgastadas pela doença do familiar, para que elas tenham as condições necessárias para compreender e cuidar da melhor forma do usuário dos serviços de saúde mental.

Na visão de Frida, a participação de sua família no tratamento foi fundamental. Para a depoente, “eles ajudaram bastante e tiveram muita paciência comigo, porque se eu vivesse com outras pessoas que não fossem eles, eu acho que eles tinham dado um chute na minha bunda, porque meu Deus do céu, eu estava insuportável.” (Frida, 2018). A partir desses depoimentos, foi possível perceber a centralidade da família no tratamento à saúde mental, tanto no que se refere ao hospital psiquiátrico, como ao tratamento no CAPS.

No momento em que foi realizada a entrevista, Frida e seus familiares estavam todos apreensivos, porque após dois anos de tratamento no CAPS, ao final do ano de 2017, ela havia recebido alta e não precisaria mais retornar ao serviço. Na perspectiva de seus familiares o CAPS foi muito bom para a sua recuperação e durante todo o período que recebeu assistência desse serviço não havia enfrentado nenhuma crise psicótica.

De acordo com Frida, um dos elementos que contribuíram significativamente para a sua estabilidade emocional, refere-se à aceitação de sua doença, ou seja, a depoente se percebeu enquanto portadora de um transtorno mental que não tem cura. Segundo Frida:

O transtorno bipolar é assim: uma hora você tá bem, de repente você tá nervosa. Então esse remédio que eu estou tomando ele controla isso. O transtorno bipolar tu tem que tomar remédio a vida toda, é que nem uma pessoa que tem pressão alta, a pressão alta não tem cura, então você toma, tem que tomar a vida inteira. (Frida, 2018).

Como vimos anteriormente, a experiência de Frida e seus familiares com relação ao hospital psiquiátrico e ao internamento foi marcada por violência e omissão de um tratamento digno e respeitoso. Entretanto, ao ser indagada sobre sua visão em relação aos dois tratamentos, a depoente nos informou que ambos são necessários. Em suas palavras. “os dois foram bons porque quando eu estava em surto foi o hospital psiquiátrico que me ajudou e depois quando você vai melhorando, o CAPS. Eu acho que um complementa o outro.” (Frida, 2018).

Essa visão vai ao encontro das prerrogativas da legislação em saúde mental, que prevê que os leitos psiquiátricos, preferencialmente em hospitais gerais, tenham o papel de

contenção da crise de abstinência e/ou do surto psicótico. Mas estes leitos deveriam ser mais um meio de tratamento psiquiátrico e não o fim em si mesmo. O internamento deixa de ter a centralidade e passa a ser coadjuvante no tratamento psiquiátrico.

CAPÍTULO 5: CONHECENDO OS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DE CASCAVEL-PR

O município de Cascavel possui um razoável número de serviços assistenciais para a saúde mental. Destaca-se como ponto de referência em saúde mental para os municípios pertencentes à 10^a Regional de Saúde. Porém, como vimos anteriormente os serviços existentes não são suficientes para atender a demanda existente na cidade e região. Durante a realização da pesquisa foi concedida a autorização para entrevistar as coordenadoras de alguns serviços que compõem a rede assistencial, bem como autorização para fotografar os espaços, exceto usuários do serviço. Por isso, quando estes aparecem nas imagens o seu rosto está coberto para evitar sua identificação.

Neste item será realizada uma descrição de alguns dos serviços que compõem a atenção à saúde mental em Cascavel. Foi concedida autorização para conhecer: o Centro de Atenção Psicossocial Infantil – CAPSi, serviço municipal que atende crianças e adolescentes de zero a dezoito anos com sofrimento mental; o Centro de Atenção Psicossocial para Transtornos Mentais Severos - CAPS III, serviço municipal que atende pessoas acima dos 18 anos com sofrimento mental grave e persistente; o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas – CAPSad, serviço municipal atende crianças e adolescentes com transtornos decorrentes do uso e dependência de álcool e outras drogas; o Centro de Atendimento em Saúde Mental – CASM, serviço municipal para adultos que atende de forma ambulatorial aqueles que apresentam sofrimento psíquico e/ou desvio de comportamento. Embora tenha entrevistado a coordenadora dessa unidade, por se tratar de um serviço ambulatorial, referenciado através das UBS e UPA, conclui ser mais pertinente para o desenvolvimento do texto inserir a discussão sobre o CASM no capítulo anterior, refletindo acerca das possibilidades para a saúde mental através do matriciamento e intersetorialidade.

Além dos serviços citados existem ainda outros serviços municipais, mas que não foram permitidos à pesquisa de campo. Além disso, devido às limitações do próprio processo de pesquisa, não foi possível investigar detalhadamente estas unidades. São elas: três residências terapêuticas, que abrigam ex-moradores do Hospital São Marcos com transtornos psíquicos severos e que perderam o vínculo familiar; três Unidades de Pronto Atendimento – UPA, que atendem de forma emergencial pessoas em surtos psicóticos, crises de abstinências, tentativas de suicídio e oferecem internamento por no máximo 72 horas; o Centro POP e Abordagem Social - Centro de Referência Especializado para População de Rua (Consultório de Rua) – tem como público alvo indivíduos e famílias em situação de rua e desabrigos; as

Unidades Básicas de Saúde - UBS e Unidades de Saúde da Família – USF, consideradas a “porta de entrada” para os outros serviços especializados em saúde mental, entre outros serviços que oferecem apoio psicossocial em conjunto com outras ações, através da intersetorialidade.

Além desses serviços municipais também obtive autorização da Coordenadora Regional de Saúde Mental da 10ª RS para conhecer o Serviço Integrado de Saúde Mental-SIM-PR, serviço estadual destinado a adultos dessa RS com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas com atendimento 24 horas, ofertando também a modalidade de acolhimento noturno e acolhimento por um período de até 6 meses.

Existe ainda em Cascavel o Hospital Universitário – HU, gerido pelo Estado, com a oferta de 17 leitos para adolescentes com transtornos decorrentes do uso de álcool e drogas. Em relação ao HU não foi concedida autorização para a pesquisa de campo. Porém, como se trata de uma instituição pública, consegui ter acesso e caminhar por suas instalações. Entretanto, diante das fontes encontradas sobre esta instituição, foi possível tecer algumas considerações sobre a unidade, especialmente sobre a implantação “forçada” do atendimento à saúde mental no HU. Entre outros elementos, a implantação da assistência psiquiátrica no HU nos permite compreender, pelo menos em parte, a complexidade que gira em torno da saúde mental no país hoje.

5.1: CAPSi – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTIL LÁZARA DE ARAÚJO TOMÉ

O CAPSi é uma Unidade de Serviço de Atenção Psicossocial, conforme contido na Portaria MS/336 e SAS/189 de 2002. A unidade localiza-se a uma distância relativamente longe do centro da cidade. Ao seu lado há uma escola municipal e no seu entorno não há nenhuma infraestrutura que possa auxiliar os usuários e seus familiares, como também não há locais para descanso, como parques ou praças. Também não há mercados, padarias ou lanchonetes próximas ao CAPSi.

Tendo em vista que muitos pais precisam aguardar seus filhos para voltar para casa, a falta de alguns serviços nas proximidades da unidade pode acabar se configurando como um dificultador de frequência e continuidade no tratamento. Embora, a equipe do CAPSi oferte algumas oficinas para os familiares que aguardam seus filhos, elas não são obrigatórias e nem todos os familiares se interessam em participar.

Figura 21: Entrada do CAPSi



Fonte: Arquivos da Autora. Cascavel, 19/04/2017.

Entre paredes velhas, já deterioradas pelo tempo, a equipe do CAPSi realiza atendimentos à crianças e adolescentes. Na recepção, há um bebedouro e algumas poucas cadeiras sem muito conforto para que as pessoas esperem por atendimento. Na lateral da parede, uma TV ligada no canal aberto nas programações da manhã. Além do balcão da recepção há um quadro de avisos com o horário de funcionamento da unidade e do atendimento dos profissionais.

Em uma sala multiuso onde a entrevista foi realizada, há uma estante com diversas amostras dos trabalhos artesanais realizados pelos usuários e por algumas mães que frequentam as oficinas artesanais ofertadas pela unidade. Inclusive, no dia em que foi realizada a entrevista, alguns desses trabalhos estavam sendo expostos e vendidos em uma feira solidária que acontece na cidade. De acordo com a assistente social, muitas mães começam a fazer as oficinas de artesanato e logo começam a ter uma renda extra com os produtos confeccionados.

De acordo com as informações obtidas durante a visita realizada em abril de 2017 na Feira Solidária, exposta na entrada da Secretaria de Saúde de Cascavel, este evento acontece

semanalmente no prédio da Prefeitura Municipal e em outros locais públicos e privados, para participação, exposição e vendas dos trabalhos confeccionados. Esta atividade faz parte de um projeto da Prefeitura Municipal, iniciado em março de 2010, cujo objetivo é possibilitar melhorias na condição de vida da população que se encontra na extrema pobreza. Através de uma articulação dos diversos setores das políticas públicas, amplia o acesso da população aos serviços públicos e a oportunidades de ocupação e renda, por meio das ações de inclusão produtiva.

Figura 22: Trabalhos Artesanais expostos e vendidos na Feira Solidária em Cascavel



Fonte: Arquivo da Autora. Cascavel, 19/04/2017.

Os produtos vendidos na feira são variados, incluindo produtos artesanais confeccionados com tecido e outros materiais, como roupas, bolsas, tapetes; produtos alimentícios, como bolos, doces caseiros e biscoitos; além de frutas e hortaliças. De acordo com o conteúdo do site da prefeitura, as feiras que acontecem por meio da Economia Solidária, corroboram a aproximação entre o campo e a cidade, visando uma produção ecologicamente sustentável e sem a prática de exploração da mão de obra, já que nessa prática não há patrões, nem empregados. Segundo o site:

A Economia Solidária pode ser definida em três dimensões. Economicamente é um jeito de fazer a atividade econômica de produção, oferta de serviços, comercialização, finanças ou consumo baseado na democracia e na cooperação, o que chamamos de

autogestão. Culturalmente, é também um jeito de estar no mundo e de consumir de forma consciente e sustentável (em casa, em eventos, no trabalho) produtos locais, saudáveis, que não afetem o meio-ambiente. Politicamente, é um movimento social, que luta pela mudança da sociedade, por uma forma diferente de desenvolvimento a partir dos valores da solidariedade, da democracia, da cooperação, da preservação ambiental e dos direitos humanos. São iniciativas do Movimento de Economia Solidária: Projetos produtivos coletivos, cooperativas populares, cooperativas de coleta e reciclagem de materiais recicláveis, associações, clubes de troca, redes de produção, comercialização e consumo, instituições financeiras voltadas para empreendimentos populares solidários, empresas autogestionárias, cooperativas de agricultura familiar e agroecologia, cooperativas de prestação de serviços, entre outras, que dinamizam as economias locais, garantem trabalho digno e renda às famílias envolvidas, além de promover a preservação ambiental. (CASCAVEL, Feira Solidária, 2017).⁶¹

Entre outros elementos, o projeto baseado na economia solidária propõe uma mudança na forma de comercializar e consumir os produtos, orientando para uma transformação na economia, bem como nos laços sociais. Na Feira Solidária realizada em Cascavel, diversos grupos sociais fazem parte, não só pessoas relacionadas aos serviços de saúde mental. Sendo assim, inseridas em uma possibilidade de inclusão social e econômica, muitos familiares, especialmente as mães, mesmo após oente receber alta, continuam participando desse projeto.

Neste sentido, observou-se que nas dependências do CAPSi, há diversas salas multiuso. E, uma delas, é a sala onde ficam expostos alguns dos materiais produzidos durante as oficinas com os usuários e com seus familiares. Nessa sala é também realizada a divisão inicial para oficinas, terapeuta ocupacional, psicóloga e outros atendimentos dos usuários do serviço. Na estante, além dos trabalhos artesanais é possível observar troféus de participações em mostras de circo em que os usuários estiveram presentes em vários anos. A oficina de arte circense continua sendo desenvolvida na unidade e, conforme as informações fornecidas pela depoente, esta oficina possui boa adesão das crianças e adolescentes. Segundo Marcia Apolinário, a equipe do CAPSi procura sempre oferecer oficinas atrativas ao público que eles atendem, justamente para conseguir adesão e que a oficina realmente funcione com um fim terapêutico.

⁶¹ Informações disponíveis na página eletrônica da Prefeitura Municipal de Cascavel. Disponível em: http://www.cascavel.pr.gov.br/secretarias/seaso/sub_pagina.php?id=595. Acesso em 15 de novembro de 2017.

Figura 23: Estante com troféus de participações e trabalhos artesanais confeccionados nas oficinas do CAPSi



Fonte: Arquivo da Autora. Cascavel, 19/04/2017.

Saindo da sala multiuso, está localizada a sala de informática, com 4 computadores apenas e, de acordo com Marcia Apolinário, o professor de informática é o mesmo da brinquedoteca. Nas diversas salas do CAPSi é possível encontrar trabalhos confeccionados pelas crianças e adolescentes que frequentam a unidade, como forma de decorar o ambiente e torná-lo mais alegre e acolhedor possível, minimizando o caráter de uma unidade médica.

Além disso, contribui para a construção do vínculo afetivo entre os usuários e a equipe do serviço.

Ao visualizar as salas das oficinas é possível perceber que uma mesma sala é utilizada para várias oficinas ou para outros fins, principalmente pela falta de espaço e de uma estrutura adequada que dê conta de atender as demandas existentes na unidade. Compreendo que não há problema nenhum em ter salas e espaços multiuso, o problema é que isso acontece por falta de investimento do poder público em construir locais mais adequados, amplos e estruturados para a assistência em saúde mental.

Figura 24: Sala de Oficina Terapêutica de Música



Fonte: Arquivo da autora. Cascavel, 19/04/2017.

Para a terapeuta ocupacional Kamila Seki, todas as oficinas possuem objetivos terapêuticos. Ao visualizar a sala de oficina de música, a depoente explicou a diferença entre uma oficina de música com fins terapêuticos e uma escola de música, por exemplo. Em suas palavras:

Todas têm motivos terapêuticos, é diferente, por exemplo, se a mãe levar a criança em uma escola de música, lá tem o sentido educacional, o que importa para a escola de música é resultado final da atividade, que é aprender a cantar, tocar. Aqui é lógico, se a criança tiver interesse vai acabar aprendendo também, é importante que eles aprendam certo, por questão da autoestima só que não é nosso principal objetivo. Então através da atividade

nós vamos trabalhar várias dificuldades, várias habilidades que essa criança apresenta. Daí é traçado isso de acordo com a avaliação dos profissionais e com o plano terapêutico inicial. Então se a criança tem dificuldade de socializar, vamos trabalhar a questão da socialização, se a criança tem a autoestima baixa, vamos trabalhar a questão da autoestima, se a criança é agressiva, vamos tentar minimizar essa questão da agressividade para a gente tentar melhorar a integração social dessa criança. Todas as oficinas têm motivos terapêuticos, então por isso que a gente fala, que não é oficina de projeto social, aqui é diferente, as oficinas têm objetivos terapêuticos, objetivos voltados à área da saúde que é oferecido em nosso tratamento aqui. (SEKI Kamila, 2017)

As mudanças nos paradigmas de assistência à saúde mental deslocaram a centralidade da assistência à saúde mental das mãos do médico psiquiatra para outras áreas relacionadas à saúde. Neste sentido, podemos considerar que a terapia ocupacional passou a ganhar destaque, tornando-se, concomitante a outras áreas do conhecimento, peça-chave para o tratamento, reabilitação e ressocialização das pessoas acometidas de transtornos mentais. Para Silva e Araújo, a terapia ocupacional pode ser definida como:

Um campo de conhecimento e de intervenção em saúde, educação e na esfera social, reunindo tecnologias orientadas para a emancipação e autonomia de pessoas que, por razões ligadas a problemáticas específicas (físicas, sensoriais, psicológicas, mentais e/ou sociais) apresentem, temporária ou definitivamente, dificuldades na inserção e participação na vida social. As intervenções em Terapia Ocupacional dimensionam-se pelo uso de Atividades, elemento centralizador e orientador na construção complexa e contextualizada do processo terapêutico. (SILVA; ARAÚJO, 2013, p.44)

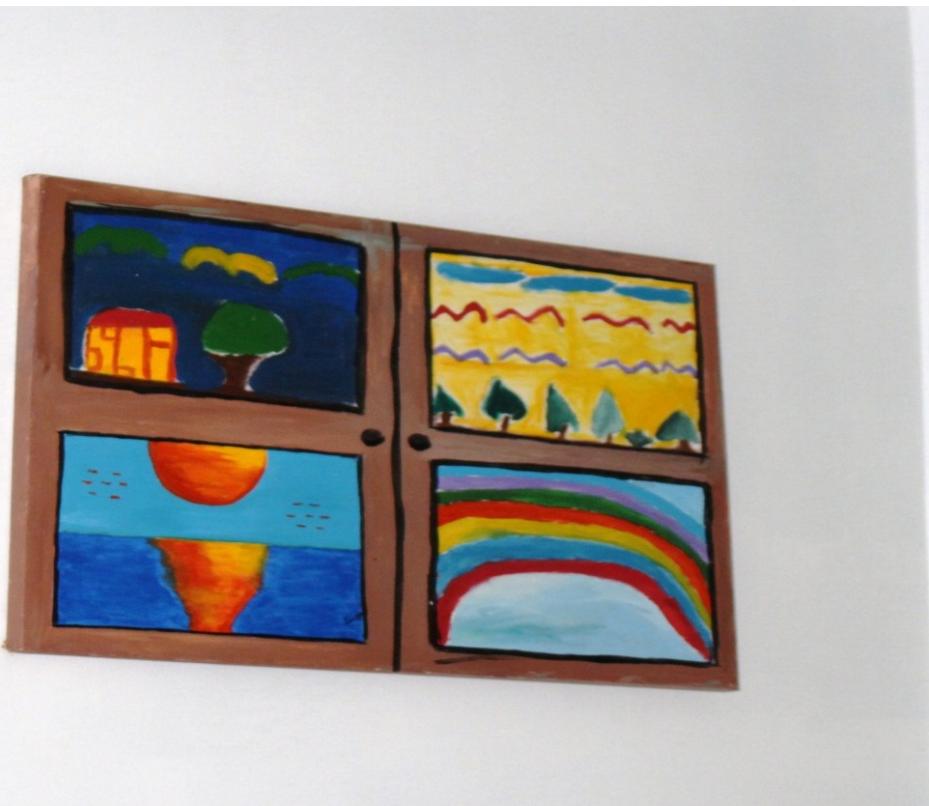
De acordo com Seki, as práticas realizadas no escopo da terapia ocupacional se orientam para promover a autonomia dos sujeitos que necessitam de atendimento psiquiátrico. Seja através da música, da pintura ou do artesanato, as atividades desenvolvidas ampliam as possibilidades de superação de algumas limitações dos usuários, colocando-os como protagonistas de sua própria história.

Pelos corredores do CAPSi há várias pinturas realizadas pelos usuários do serviço durante as oficinas em conjunto com os professores. São pinturas que expressam o sentimento e pensamento das crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. Há vários trabalhos científicos que estabelecem uma relação entre transtorno mental e a arte, afirmado que a arte se apresenta não só como uma forma de expressar a criatividade, mas pode desvendar a imaginação e a possibilidade de narrar a própria dor e talvez um caminho para se encontrar de volta no mundo. Em todos os CAPS visitados foi possível visualizar pinturas e trabalhos

artesanais elaborados pelos usuários. De acordo com a assistente social, as pinturas são utilizadas como terapias e como uma forma de organizar e/ou reorganizar a mente, muitas vezes confusa pelo momento difícil que estão passando.

No meio de um corredor, centralizada em uma parede branca, encontra-se uma janela de pensamentos. Talvez o artista estivesse imaginando o seu mundo através de uma janela, expressando de forma alegre e colorida aquilo que queria para a sua vida, talvez um sonho distante, sem muitas perspectivas, tendo em vista que a maior parte dos usuários do CAPSi é de baixa renda e, muitos vivem em condição de extrema pobreza. Contudo, são apenas suposições, pois para confirmar a real intenção do artista/paciente, precisaríamos analisar ficha de acompanhamento do paciente, mas infelizmente não foi possível ter acesso a elas.

Figura 25: Pintura na Parede Branca (Autor Desconhecido)



Fonte: Arquivo da autora. CAPSi, Cascavel, 19/04/2017.

Segundo Dantas, a utilização das pinturas como terapêutica, amplia as possibilidades de comunicação do paciente, permitindo o acompanhamento de seu desenvolvimento, mesmo que ele não expresse nenhuma palavra verbal. Para Teixeira, citado por Dantas, as pinturas e os desenhos são capazes de expressar os sentimentos de uma forma que vai além das letras e vocábulos. Em outras palavras: “É a forma de apreensão de uma linguagem, principalmente

num momento de crise porque o pensamento está muito desestruturado e aí há possibilidade de organizar esse pensamento com as atividades.” (TEIXEIRA apud. DANTAS, 2006, p.34).

Nesta perspectiva, Jorge (1980) afirma que a terapia ocupacional atua como forma de expressão e organização. Para o autor, “ao pintar, o sujeito busca representar seu ideal, expressar sua visão de mundo, das coisas e das pessoas, mesmo quando ele afirma que vai desenhar o que está objetivamente vendo na realidade exterior”. (JORGE, 1980, p.51 apud. DANTAS, 2006, p. 34).

Nesta imagem, talvez o paciente/artista procurou representar a si mesmo e as suas companheiros de oficina ou de sua vida social. A obra representa mulheres, jovens, brancas e negras, cada uma delas com expressões distintas umas das outras, representando a tristeza, o medo, o espanto, a alegria, acolhimento, ternura, indiferença. Uma diversidade de rostos, cores, expressões, culturas e emoções. Como afirma Dantas (2006), a expressão de uma linguagem que pode diferir do fazer, mas, sobretudo não está silenciada.

Figura 26: Pessoas - Pinturas nas Paredes do CAPSi (Klin)



Fonte: Arquivo da autora. CAPSi, Cascavel, 19/04/2017.

De acordo com a terapeuta ocupacional, todas as oficinas buscam socializar e integrar as crianças ao meio social em que convivem. Em sua perspectiva:

A maior parte das nossas oficinas são cinco pacientes, são grupos pequenos justamente porque a maioria dos pacientes tem uma dificuldade de socialização que pode ser vista. Então inicialmente o aluno começa a trabalhar com um grupo menorzinho, percebeu que tem muita dificuldade, então colocamos em um grupo menor, trabalha com dois, três pacientes. Depois colocamos em grupo de cinco, a criança tem tolerância para ficar em uma oficina, então no começo vamos deixar em uma oficina, então a gente faz um trabalho gradual de acordo com a condição da criança mesmo, de acordo com a dificuldade que ela apresenta na socialização. (SEKI kamila, 2017)

Nem todas as pinturas possuem assinaturas, mas certamente expressam o sentimento do autor da obra e sua visão de mundo. Conforme o relato da assistente social do CAPSi, algumas crianças que frequentam o serviço estão em sérias condições de vulnerabilidade, expostas à pobreza, violência doméstica, abusos sexuais, entre outras mazelas sociais que contribuíram para a condição mental em que se encontram no momento que procuram a unidade de saúde.

Inicialmente denominado Núcleo de Atenção Psicossocial Lázara de Araújo Tomé, foi o primeiro serviço alternativo de assistência à saúde mental criado em Cascavel. Na entrada da unidade há uma placa de fundação datando de 9 de dezembro de 1998. De acordo com o Projeto do CAPSi, esta unidade foi fundada com recursos do F.I.A. – Fundo da Infância e da Adolescência. Entretanto, seu funcionamento iniciou-se em maio de 1999, como NAPS. (CASCAVEL, 2002a, p. 4).

Segundo o Projeto do CAPSi, nos primeiros anos de funcionamento, a unidade possuía algumas limitações de atendimento e havia a necessidade de reorganização do processo de trabalho e do atendimento ofertado para se readequar às necessidades da população. Desta forma, quando o Plano Municipal de Saúde Mental foi aprovado pelo Conselho de Saúde em 2001, “estabeleceu como primeira ação a realizar, o cadastro do Centro de Atenção Psicossocial (CAPSi), junto ao Ministério da Saúde, substituindo o antigo NAPS em função da necessidade de ampliação do serviço e melhoria na qualidade da assistência prestada.” (CASCAVEL, 2002a, p. 4). Portanto, o serviço já existia, mas foi reorganizado, em 2002, passando a existir como CAPSi atendendo à necessidade de reestruturação do serviço para as demandas populacionais e se readequar à legislação de saúde mental.

Segundo a Gerente da Divisão de Saúde Mental, este serviço era o ponto de referência em saúde mental de assistência alternativa para a cidade. Além dele, havia apenas o hospital psiquiátrico. De acordo com a depoente:

Era o NAPS e que posteriormente também, ele se transformou de acordo com a portaria 336 em CAPS. Então foi o nosso primeiro CAPS o CAPS I que na época atendia crianças e adolescentes dependentes químicos depois passou a atender também com transtornos mentais porque não tinha outro serviço. Então ele acaba atendendo todas as demandas. (BACH Iara, 2016).

De acordo com o Projeto do CAPSi, no início de 2002 foi realizada uma pesquisa para investigar a demanda de crianças e adolescentes existentes no município que necessitavam de assistência psiquiátrica. Foi constatado pela equipe que havia um número alto de atendimentos psiquiátricos, como também um alto índice deste público que acabava ficando sem atendimento por falta de vagas e serviços adequados para atender à população.

Conforme o projeto, o CAPSi tem por “finalidade garantir a assistência à crianças e adolescentes com transtorno mental e do comportamento, dando suporte ao usuário e sua família, visando a recuperação e a reinserção na comunidade.” (CASCAVEL, 2002a, p. 6). Como já foi dito, este serviço é indicado pelo Ministério da Saúde para municípios ou regiões que possuem populações acima de 150.000 habitantes.

Figura 27: Características do Projeto do CAPSi

Prefeitura Municipal de Cascavel PROJETO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS i II)				
Nome do Projeto	Características e Atividades	Capacidade Máxima de Atendimento	Origem da Demanda	Critérios de Inserção
CAPS i II Centro de Atenção Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> - Atendimento a crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais e de comportamento - Atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. - Ênfase no atendimento interdisciplinar. - Atendimento individual: (medicamentoso, psicoterápico, orientação e outros) - Atendimento grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social e outros) - Atendimento em oficinas terapêuticas - Atendimento à família e acompanhamento através de visitas - Atividades comunitárias 	Intensivo – 25 Semi-Intensivo - 50 Não Intensivo – 80 Sendo 15 crianças/adolescentes por turno	UBS / PSF / Conselho Tutelar / SAS / Escolas/ CEACRI / CRE / e demanda espontânea	<ul style="list-style-type: none"> - Triagem no CAPS - Idade 00 a 21 anos - (Código 50 a 62)

Fonte: CASCAVEL, 2002a.

De acordo com o projeto para ampliação do CAPSi enviado para a Secretaria de Saúde de Cascavel, foi solicitado recurso para ampliação da estrutura física, para que “o atendimento

passasse a ser a nível interdisciplinar, contando com uma equipe formada por médico psiquiatra, enfermeiro com formação em saúde mental, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, técnico em enfermagem e monitor.” (CASCAVEL, 2002b, p. 2)

Inicialmente a unidade oferecia atendimento para jovens de até 21 anos, pois no período de elaboração do Projeto de funcionamento do CAPSi a maioridade civil era de 21 anos. Assim, o serviço contemplava jovens até completar a maioridade civil. Entretanto, com a publicação da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002, a maioridade civil foi reduzida de 21 para 18 anos de idade. (BRASIL, 2002). A partir disso, o serviço passou a oferecer assistência para usuários de 0 a 18 anos. Entretanto, segundo a assistente social, alguns usuários acabam ficando um pouco mais em tratamento após completar 18 anos.

Têm alguns acima de dezoito anos que ainda estão aqui, que têm ainda condição de estar aqui, a maioria quando completa dezessete, dezoito anos já não tem mais tanta atração aos serviços pela questão das oficinas, já estão num nível de procurar trabalho, que têm condições. Então têm alguns que não se adaptam mais, os que são mais crônicos, eles continuam um tempo a mais e depois acabam indo pro CAPS III conforme liberação da equipe se teria perfil ou não. (APOLINÁRIO Marcia, 2017).

O CAPSi, oferece atendimento de forma individualizada, seja o tratamento com medicamentos, psicoterápico ou de orientação e em grupo através das oficinas terapêuticas, grupos operativos e atividades que promovam a reinserção social. No CAPSi, assim como em outras unidades, o atendimento é realizado de forma intersetorial, principalmente no que diz respeito à educação, cultura, assistência social e justiça. Conforme o depoimento de Apolinário:

O atendimento inicia às sete horas da manhã, temos em torno de 150 crianças em oficinas terapêuticas, e em torno de umas 200, 250 em atendimentos individuais, ambulatório ou psicologia, que estejam inseridos no serviço, e algumas ainda que estão em processo de avaliação para entrar nos serviços: estão passando por avaliações para gente ver se vai ter necessidade ou não da continuidade do tratamento. Inicia com os pacientes em oficinas oito e meia, no período da manhã, sempre em contraturno escolar, temos em torno de cinco oficinas por dia pra eles participarem. Então eles vêm e participam em torno de 4, 3, 4, 5 oficinas dependendo das habilidades que eles queiram desenvolver ou que a terapeuta vê a necessidade de desenvolver com eles. Os que vêm de manhã participam das oito e meia às onze, vão trocando de oficinas. Tem dois lanches nesse caso, café da manhã que é servido às 8:15 e por volta das 10:15 é servido mais um lanche, 11:00 eles são liberados pelas condições de transporte de se deslocarem para escola, para eles não perderem o horário de escola. Como alguns moram bastante longe, demora em torno de duas horas de deslocamento. Então é o horário mais apropriado, uns moram próximo, mas

a gente tem que pensar em todos. Daí mais uma turma à tarde no mesmo esquema de oficinas terapêuticas, começa 13:30 e vai até às 16:00, à tarde a gente só serve o lanche por volta de 15:15, 15:20 da tarde, às 16:00 eles são liberados para irem para casa. Esses pacientes que estão em oficinas, além das oficinas terapêuticas que a gente colocou eles para ver a questão de socialização, questão de regras, limites, como que eles se desenvolvem, tem até alguns para gente acompanhar e ver se realmente é aquilo que foi diagnosticado ou não. Além dessas oficinas eles participam das consultas com psiquiatria que geralmente são de 60 ou 90 dias, dependendo alguns de 15, alguns de 30, dependendo do caso, esses que vêm em oficinas geralmente são os casos mais graves que colocamos. Atendemos transtornos de conduta, temos alguns psicóticos, e tem bastante agora da questão de depressão e tentativas de suicídio. (APOLINÁRIO Marcia, 2017).

As crianças e adolescentes chegam ao serviço através das unidades básicas de saúde, algumas a partir do matrículamento realizado ou encaminhado pelo profissional de referência da UBS a qual pertencem. Nos casos em que há encaminhamento por parte da escola, devem procurar atendimento nas unidades de referências, pois não há um contato direto entre CAPS e escolas. As equipes do CAPSi vão junto às UBS para matricular e analisar o que é caso para frequentar o CAPSi ou atendimento ambulatorial, ou ainda aqueles que têm perfil para permanecer na unidade básica de saúde. Para o CAPSi vão apenas os casos mais graves de sofrimento mental. Segundo a assistente social:

Só não passa pelo matrículamento os casos mais graves, assim, tentativas de suicídio, surto psicótico, uma esquizofrenia, que veio de outro município já de um CAPS, já vem pra cá. Então esses têm entrada direta, além dos UPAS, que a gente sempre deixa uma vaga de emergência pra avaliação com o médico por dia. A gente tem bastante encaminhamento nesse caso, que são aqueles que são internados nas UPAS, ou por surto psicótico que teve um surto e foi pra lá, ou por uma tentativa de suicídio, geralmente essas vagas são preenchidas todos os dias pra você ter uma ideia de tentativas de suicídio. (APOLINÁRIO Marcia, 2017)

De acordo com Marcia Apolinário, no CAPSi atualmente não há fila de espera, porque eles fazem uns arranjos na organização dos atendimentos, de modo que se não tem vaga para oficinas, o paciente vai fazendo as consultas com o psiquiatra, com a psicóloga até que surge a vaga para oficinas se é o caso. Para Apolinário, desde que iniciou o matrículamento não há mais filas nessa unidade, diferentemente do que ocorre em outros serviços, como por exemplo, no CASM, como vimos anteriormente.

Conforme a depoente, a equipe do CAPSi é multiprofissional para que possa trabalhar de forma mais ampla e diversificada com crianças e adolescentes. Em suas palavras a composição da equipe é a seguinte:

Têm dois psiquiatras, dois médicos, dois psicólogos, um assistente social, a coordenadora também é assistente social de função, um enfermeiro, nós temos dois auxiliar de enfermagem, só que no momento só temos um, o outro está afastado, por motivo de doença, um terapeuta ocupacional, uma nutricionista que atende uma vez por semana, então tem uma carga horária de seis horas semanais. No apoio geral tem três que ficam atendendo na questão da limpeza, do lanche e da cozinha, um administrativo, um estagiário administrativo, dois monitores. Nas oficinas terapêuticas tem um que atende na parte da informática que faz oito horas e é concursado, dois orientadores técnicos esportivos que seriam os professores de educação física, cada um com quatro horas, um em cada período, e daí os contratados, que a gente terceiriza. A prefeitura terceiriza essa contratação pela questão que tem muita rotatividade e também para as crianças, porque dependendo você pega um oficineiro que trabalha capoeira, mas não é bem aceito pelas crianças, então a gente tem essa flexibilidade de poder alterar esse oficineiro com a terceirização, com o contrato. Se fosse pelo concurso, não teríamos essa opção, teríamos que ficar com a oficina inativa que não teria adesão, então essa é a questão da contratação dos oficineiros. Tem uma professora de artesanato que trabalha com as mães de vinte horas semanais, uma professora de artesanato que trabalha com as crianças, um professor de artes, uma professora de arte circense, um professor de brinquedoteca que trabalha mais com a questão de recreação. Tem uma vaga para reposicionar ainda que a gente está vendendo qual especialidade que ele vai trabalhar, ele era um professor de dança, mas não tinha muita adesão, então estamos trocando e vendendo outra oficina para formar ali, uma professora de música. (APOLINÁRIO Marcia, 2017).

Uma questão interessante apontada por Apolinário, refere-se à questão da desinstitucionalização da doença mental. Para a depoente, um dos grandes desafios da reforma psiquiátrica e objetivo fundamental dos CAPS é o rompimento completo com a institucionalização do doente mental. Muito se lutou para acabar ou pelo menos diminuir as internações em hospitais psiquiátricos, entretanto, se a equipe não se atentar e promover uma assistência voltada para a ressocialização, desenvolvendo o protagonismo do usuário e seus familiares no processo de tratamento, recuperação e estabilização da doença, o doente mental corre sérios riscos de ser institucionalizado pelos CAPS. Nas palavras da depoente:

Entrevistadora: E esses pacientes que frequentam o CAPS, geralmente precisam de tratamento por quanto tempo? Vão precisar de medicamento para o resto da vida ou não?

Marcia: Dependendo do diagnóstico sim, alguns não, alguns passam alguns meses aqui a gente avalia, por exemplo, uma depressão, uma depressão você pode ter um acompanhamento por um tempo e depois você vai diminuir a medicação e vai continuar sua vida normal, não precisa prender esse tratamento para o resto da vida, pode ser que não seja em CAPS, o que a gente não quer é institucionalizar. Então ele vai passar o tempo aqui até ele se socializar, a gente vai tentar encaminhar para o trabalho, vai tentar encaminhar pra outros grupos pra ele poder ter uma vida normal, mas se ele ficar sem medicação ele vai surtar, ele vai precisar desse acompanhamento

pelo resto da vida, mas não necessariamente num CAPS. (APOLINÁRIO, Marcia, 2017).

Na visão da depoente, institucionalizar significa manter o usuário ligado à instituição de tratamento, sem o devido cuidado de orientá-lo para o convívio social. Para Amarante (1996), a desinstitucionalização do paciente é a peça chave para o desenvolvimento da reforma psiquiátrica, pois oferece a ele possibilidades de independência e de tornar-se sujeito de sua própria história. De acordo com Amarante:

A desinstitucionalização torna-se um processo que deve ser levado a cabo não apenas no hospital psiquiátrico – e também porque a instituição psiquiátrica não é entendida tão-somente como o manicômio -, mas no conjunto de saberes e práticas operadas sob o título de psiquiatria. Um exemplo, desse processo de desinstitucionalização é a desconstrução dos conceitos de desvio, normalidade-anormalidade, desajustamento e personalidade psicopática, que contêm não apenas uma análise epistemológica, mas uma crítica ao lidar social e político com os mesmos. (AMARANTE, 1996, p. 86-7).

Para Tonini, é necessário desestruturar a forma de como a sociedade lida com a loucura, com a doença e com o doente mental. Diante disso, é necessário inventar e reinventar as práticas assistenciais. Na perspectiva da autora, “não basta apenas desfazer o aparato manicomial e a cultura manicomial ainda hegemônica no cenário psiquiátrico, mas sobretudo, construir uma nova maneira de a sociedade lidar com a ‘loucura’. (TONINI, 2005, p. 43).

De acordo com Scarcelli,

Saúde mental é uma dessas expressões polissêmicas que denotam vários significados. Entende-la como campo de saber e de práticas é uma forma de agregar seus múltiplos entendimentos considerando o diálogo estreito com várias disciplinas e tipos de saberes, a desconstrução das heranças da psiquiatria clássica e das instituições totais, bem como a proposição de outro lugar social para a manifestação da loucura e para o cuidado oferecido pelos serviços de saúde e pela sociedade frente ao sofrimento psíquico. (SCARCELLI, 2011, p.19).

Diante do exposto, é possível concluir que além de mudanças teóricas/práticas, é imprescindível um investimento maior por parte do poder público para propiciar as condições necessárias para as transformações sociais e para a melhoria na qualidade da assistência oferecida.

De acordo com o depoimento da Marcia Apolinário, embora não haja fila de espera, a composição da equipe não é suficiente para atender a demanda, o mais urgente seria a

contratação de psicóloga. Até o momento da entrevista não tinha previsão de quando esta profissional seria contratada. Conforme afirma a depoente, no CAPSi nunca foram realizados grandes investimentos pela prefeitura, apenas o básico, entretanto, houve mudança na gestão pública municipal e, até o momento da entrevista, as equipes ainda estavam esperando como seriam os encaminhamentos das verbas pela nova administração pública.

A estrutura física do CAPSi tem 18 anos de existência e as ampliações e adequações que já foram realizadas não são mais suficientes: faltam salas para oficinas, faltam materiais para realizar a atividade com os pacientes. Segundo a depoente, alguns profissionais acabam “tirando dinheiro do próprio bolso” para comprar materiais para as atividades, para personalizar sua sala de atendimento e romper com a ideia do hospital, todo branco e padronizado. Para Apolinário, também faltam profissionais para atender a demanda de crianças e adolescentes com transtornos mentais. Devido a isso, para dar conta dos atendimentos, os profissionais existentes acabam ficando sobrecarregados.

De acordo com os rumos que a nova administração de Cascavel está tomando, seguindo o modelo econômico atualmente proposto para o país, por agora a ordem é cortar gastos. Isso significa que os serviços públicos não receberão investimentos e terão que trabalhar com aquilo que já está estabelecido, podendo inclusive ocorrer mais cortes de gastos, tornando ainda mais precário um serviço que já sofre com falta de profissionais e outras necessidades de infraestrutura para se manter em funcionamento.

Segundo Marcia Apolinário, a cidade de Cascavel possui uma rede de serviços organizada, “mas a gente não consegue dar conta de tudo e dentro do que preconiza o ministério”. Para a depoente, o município oferta o mínimo do que se preconiza na legislação de saúde mental e é necessário avançar em vários aspectos. Em sua perspectiva, a reforma psiquiátrica “está engatinhando, tem que mudar muita coisa ainda, a mentalidade. Essa questão de saúde mental vem carregada com muito estigma. E as pessoas tem que mudar essa ideia do que é saúde mental do que é a loucura.” (APOLINÁRIO Marcia, 2017).

5.2: CAPS AD – CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS ALLAN SHARLESS PADOVANI

O CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas é voltado para atendimento de crianças e adolescentes que estão enfrentando problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Conforme o Projeto Terapêutico do CAPSad, “constitui-se em um serviço ambulatorial de atenção diária, através do atendimento por uma equipe interdisciplinar

(médico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, entre outros).” (CASCAVEL, CAPSad, 2012a).

Figura 28: Entrada do CAPSad



Fonte: Arquivo da autora. Cascavel, 03/04/2017.

Assim como grande parte dos serviços de assistência à saúde mental em Cascavel, o CAPSad surge a partir do fechamento do Hospital São Marcos. Como já afirmado anteriormente, diante desta conjuntura é que se desenvolveram os diversos serviços alternativos de assistência psiquiátrica no município. Embora o Plano Municipal de Saúde Mental já viesse sendo debatido desde final de 2000 foi após 2003 que os gestores se viram obrigados pela demanda de pacientes e pela pressão popular a agir e ofertar serviços de saúde mental para atender a clientela que antes pertencia ao hospital psiquiátrico.

Neste contexto, segundo Maribel Lopes Rodrigues, coordenadora do CAPSad, a unidade foi fundada em 26 de junho de 2004, objetivando atender crianças e adolescentes com transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas. De acordo com o Projeto Terapêutico, o CAPS ad “proporcionará ao paciente a possibilidade de resgatar sua identidade e desenvolver suas potencialidades. O enfoque do trabalho está voltado no indivíduo e não na droga, abordando questões associadas de ordens jurídicas, sociais, educacionais e de saúde.” (CASCAVEL, CAPS ad, 2012a).

Na perspectiva da coordenadora da unidade à época em que foi fundado o CAPSad, havia uma demanda significativa de adolescentes fazendo uso de álcool e outras drogas. Neste sentido, “pensou-se num serviço de tratamento para álcool e droga para adolescentes devido à

questão de Cascavel ser o centro, a rota do tráfico, tem uma série de demandas com relação a isso e o número de adolescentes.” (RODRIGUES Maribel, 2017).

Quando o serviço foi criado instalou-se em um local diferente do atual. O CAPSad localizava-se num bairro chamado Lago Azul, 20 km distante do centro da cidade. Conforme alguns depoimentos obtidos em conversas informais, a unidade leva o nome de Allan Sharless Padovani, um jovem cascavelense que faleceu por problemas causados pelo uso de drogas. A família sensibilizada pelo problema enfrentado com a perda do filho doou uma área de 3.000m² no Bairro Lago Azul, onde foi montado um “Recanto” para acolher menores moradores de rua e usuários de drogas, inaugurado em 26 de junho de 2004.

De acordo com a coordenadora do CAPSad, logo que iniciou as atividades a equipe que trabalhava na unidade relatou para a prefeitura municipal a dificuldade de funcionamento do serviço pela questão da distância, “horário de ônibus era 4 vezes ao dia apenas, então os adolescentes tinham dificuldade de chegar ao local, as mães pra vir conversar com a gente, era bem distante do centro e a gente tinha pouca adesão ao tratamento.” (RODRIGUES Maribel, 2017). No entanto, a unidade permaneceu naquele local por 7 anos.

[...] Mas ainda tem muitos naquela mentalidade que se tinha de que CAPS era longe, da exclusão, aquela coisa assim, o município na época justificou que era o local que eles tinham, onde funcionava uma comunidade terapêutica do município e já estava meio estruturado, que tinha que aproveitar aquele local, e que eles gostariam de tentar. (RODRIGUES Maribel, 2017).

Apenas em 2011 é que o CAPSad passou a ter sede própria em um local mais próximo ao centro da cidade. Segundo Maribel Rodrigues, esta unidade foi criada quando o município teve o Projeto Atitude, um projeto oferecido pelo governo do Estado, cujo objetivo é superar violências vivenciadas por crianças, adolescentes e suas famílias. Com este projeto veio a proposta do governo estadual de criar outro CAPSad no município. De acordo com Rodrigues, diante desta possibilidade, a equipe do CAPSad fez “toda uma argumentação e encaminhou que gostariam de transferir este CAPS para o centro da cidade, colocando essas questões mesmo da dificuldade do acesso dos adolescentes da participação do CAPS” (2017).

Figura 29: Área Externa do CAPSad - Visão da parte de Trás do Terreno.



Fonte: Arquivo da autora. Cascavel, 03/04/2017.

A obra foi uma construção advinda de parcerias com diversas entidades responsáveis pelos programas voltados para crianças e adolescentes. A edificação foi financiada com recursos do governo do Estado do Paraná, Secretaria da Família e Desenvolvimento Social – SEDS, Conselho Estadual dos Direitos das Crianças e Adolescentes – CEDCA, Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente – CMDCA, Fundo para Infância e Adolescência – FIA e Recursos Municipais. Conforme as informações encontradas no Portal Eletrônico do Servidor Público de Cascavel,

Foram investidos R\$ 615.023,30 na construção da nova sede que possui 480,86 metros quadrados, contando com quatro consultórios, duas enfermarias, cinco salas de oficinas, um miniauditório, área de limpeza, refeitório, cozinha, banheiros, quadra poliesportiva e pista de skate. Em móveis e equipamentos foram gastos R\$ 110.671,20. (CASCAVEL, 2011).⁶²

A nova sede do CAPSad foi inaugurada em 28 de junho de 2011 em local de fácil acesso para a população. De acordo com o depoimento da coordenadora da unidade, após a

⁶²CASCAVEL. Prefeitura Municipal. “Aviso de Pauta: Nova sede do CAPSad é inaugurada nesta terça-feira”. 24/06/2011. Disponível em: http://www.cascavel.pr.gov.br/portal_servidor/noticia.php?id=72. Acesso em 10/05/2017.

inauguração em novo endereço houve bastante adesão dos adolescentes. Para Maribel Rodrigues, lá no recanto distante do centro havia em média cerca de 40 pacientes em tratamento e após a mudança este número aumentou consideravelmente. (RODRIGUES Maribel, 2017).

A Prefeitura de Cascavel possui ao todo três CAPS e de todos os serviços municipais e foi possível perceber que o CAPSad é o que está melhor estruturado, com um espaço mais amplo, com diversos equipamentos e salas adequadas para realização das oficinas terapêuticas, além de uma extensa área externa, em que é possível realizar diversas atividades esportivas com os pacientes. De acordo com Maribel Rodrigues, como o serviço atende jovens é necessário ter atividades atrativas diferenciadas para que eles se sintam mais seduzidos pelas atividades do que pelas drogas.

A gente tem atualmente 10 oficineiros. Essas oficinas terapêuticas são bem voltadas aos adolescentes, são coisas que a gente pensa que tem que ser mais atrativos que a droga. Então as atividades nossas são bem voltadas às atividades que eles gostam. Temos oficinas de grafite, artes visuais, de arte circense, temos skate, dança, informática, tem uma oficina de cultura pop que são as várias coisas do dia a dia de culturas urbanas. Então a gente procura fazer essas oficinas que sejam atrativas para que eles venham ao CAPS. (RODRIGUES Maribel, 2017).

Além dos oficineiros, profissionais geralmente contratados de forma terceirizada para uma jornada de 20 horas semanais, a unidade possui uma equipe interdisciplinar para realizar as atividades. De acordo com o Projeto Terapêutico o CAPSad deverá ser composto por equipe de profissionais nas seguinte especialidades:

[...] 1 coordenadora do CAPSad; 1 psiquiatra; 1 clínico geral; 1 psicólogo (adolescentes com 30 horas semanais); 1 psicólogo (família com 12 horas semanais); 1 assistente social; 1 enfermeiro; 1 terapeuta ocupacional, 1 técnico em enfermagem; 1 agente administrativo; 7 instrutores de oficinas terapêuticas; 1 cozinheira, 2 zeladoras, 1 voluntário de espiritualidade. (CASCAVEL, CAPSad, 2012a, p. 9).

Conforme proposto no Projeto Terapêutico do CAPSad, o serviço prestado pela unidade caracteriza-se como um serviço ambulatorial, com funcionamento das 8:00h às 12:00h e à tarde das 13:30h às 17:00h. A assistência prestada pelo CAPS, pode ser na modalidade de intensivo, semi-intensivo e não-intensivo.

Define-se como atendimento Intensivo: aqueles indivíduos que, em função de seu quadro clínico atual, necessita-se de acompanhamento diário (todos os dias da semana);

Semi-Intensivo: é o tratamento destinado aos indivíduos que necessitam de acompanhamento frequente, fixado em seu plano terapêutico, (12 dias/mês);

Não-Intensivo: é o atendimento que, em função do quadro clínico, poder ter uma frequência menor, (03 dias/mês). (CASCAVEL, CAPSad, 2012a, p. 12.)

O acesso ao serviço ocorre por meio das Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família, Vara da Infância e Juventude, Conselho Tutelar, Programas da Secretaria de Assistência Social, Escolas (municipais, estaduais e particulares) ou por demanda espontânea. Assim como nos demais serviços de assistência à saúde mental de Cascavel, os pacientes antes de serem encaminhados para a unidade passam pelo matriciamento na sua unidade de referência, mas não é obrigatório passar por estes serviços antes. De acordo com Rodrigues, o CAPSad, “tem porta aberta, qualquer pessoa que sabe que seu filho está na suspeita ou no uso de drogas, basta ligar, a gente até agenda pela questão de acesso, mas se chegar na recepção também vai ser atendida, ele também vai ser acolhido”. (2017).

A coordenadora do CAPSad, informou que assim que o adolescente chega ao serviço é realizada uma entrevista inicial. Nesta entrevista, chamada de anamnese pelos profissionais de saúde, são colhidas informações sobre a vida do paciente, a relação com a família e com o seu meio social, sua condição socioeconômica, as substâncias que consome, sua situação diante da justiça, sua vida escolar, sua infância, entre outras informações que permitem à equipe do serviço obter um panorama geral da vida dos adolescentes.

De acordo com o Projeto Terapêutico do CAPSad, a unidade teria capacidade para atender 90 crianças e adolescentes. No entanto, segundo Maribel Rodrigues, após as ampliações o centro de atenção tem em atendimento cerca de 245 pacientes, distribuídos em atendimentos individuais, familiares e em oficinas de grupo. Embora a maior parte dos pacientes sejam adolescentes, há um número significativo de crianças que frequentam o CAPSad. Segundo Rodrigues, a unidade já chegou a ter entre 4 e 5 crianças de até 12 anos em tratamento por período. A criança mais nova que já passou pelo serviço tinha 9 anos, mas com histórico de uso de drogas anterior a esta idade. De acordo com o Caderno 34 de Atenção Básica para a Saúde Mental:

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Senso Escolar (PeNSE) apontaram que 71,4% dos alunos já havia experimentado bebida alcoólica, sendo que 27,3% referiram consumo regular de álcool e 9,0% problemas com uso de

álcool; 8,7% informaram experimentação de outras drogas. (BRASIL, 2013, p.104.)

Uma questão interessante para pensarmos é que estamos falando de uma criança, que deveria estar sob cuidados da família, da sociedade, do poder público, mas está iniciando sua vida no mundo das drogas. Diante disso, faz-se necessário pensar na complexidade que o termo infância traz consigo. Segundo Schuch (2009), os significados atribuídos a este termo sofreram diversas modificações ao longo da história, assim como, as formas de cuidar, proteger e normatizar também sofreram alterações. De acordo com o autor:

A invenção de uma sensibilidade especial com relação à infância, que se configurou a partir da modernidade e mais próxima às dinâmicas das famílias burguesas: a noção de infância como uma fase de inocência, lazer e aprendizado para a vida adulta. Desde então se acentuou a distinção entre o mundo das crianças e o mundo dos adultos, ficando o primeiro associado, sobretudo, à necessidade de proteção. A infância passou a ter, especificamente a partir do século XVIII, uma particularidade a ser conhecida, diagnosticada, refletida, fomentada e resguardada. Alvo da atenção de pais, familiares, moralistas, médicos, educadores e legisladores, a criança passou a ter uma centralidade não apenas na própria estruturação da família moderna, mas também como atual sujeito de vontades, especificidades e também de direitos. (SCHUCH, 2009, p.260).

Entretanto, é preciso levar em consideração que as transformações nas percepções acerca da infância, bem como o cuidado e proteção destinadas a este grupo, estão em sua maioria, inseridas no seio das famílias abastadas como apontou Schuch (2009). Mas e o outro lado da sociedade? E as famílias que vivem em condições de pobreza que mal dão conta de levar o mínimo para a sobrevivência de seus filhos? Àqueles que vivem em situações de vulnerabilidade social, violência sexual e doméstica? Quem deveria olhar por eles?

Partindo dessas reflexões, podemos afirmar que há certa distinção quando se usa o termo infância, especialmente no que se refere à questão de classe social. Embora tenhamos uma legislação que garanta os direitos das crianças e adolescentes do país, na prática, ela parece não se concretizar plenamente em todas as esferas sociais, visto que as classes menos abastadas sofrem com o processo de criminalização e exclusão social. Segundo Schuch, no Brasil parece haver mais de uma noção para o termo infância. Para o autor:

[...] diversos estudos têm chamado a atenção para as especificidades dos recortes de classe social, que perpassam a vivência da infância e da juventude, como, por exemplo, a distinção entre ‘infância-nutrida’, das camadas médias e altas do Brasil, e a ‘infância-provedora’, das camadas populares. Outros estudiosos também assinalam que não há uma única noção

de ‘infância’ no Brasil, pois as crianças pobres são ‘velhas’ demais para serem protegidas e jovens demais para reclamar os direitos de cidadania. No mesmo sentido, Goldstein (1998) afirma que a noção de infância é privilégio dos ricos e praticamente não existe para os pobres. O recorte da classe social, assim, determinaria a ética do cuidado. (SCHUCH, 2009, p.261).

De acordo com o documento elaborado pelo Ministério da Saúde para nortear as ações voltadas para o público infanto-juvenil, por muito tempo, a assistência prestada a esse grupo, serviu apenas para institucionalizar, criminalizar e excluir. Em suas palavras:

O discurso hegemônico sobre a importância da criança na organização da sociedade republicana não teve como correspondente a tomada de responsabilidade do Estado que, por outro lado, oficializava o modelo em curso e a concepção da criança a ser assistida: a deficiente social (pobres), a deficiente mental e a deficiente moral (delinquente). O resultado desse longo processo que assistir crianças e adolescentes foi, por um lado, a institucionalização do cuidado e, por outro, a criminalização da infância pobre, gerando um quadro que, no limite, é um quadro de desassistência, abandono e exclusão. (BRASIL, 2005b, p.7-8).

Para Maribel Rodrigues, a maioria das crianças que passam pelo CAPSad tem seu primeiro contato com a droga na sua própria casa, com seus familiares (2017). Segundo o Caderno 34 de Atenção Básica para Saúde Mental, a maioria das crianças e adolescentes que apresentam algum transtorno mental prolongado “não recebem cuidados adequados, ou mesmo não têm acesso a qualquer serviço ou ação de saúde compatível com suas necessidades.” (BRASIL, 2013, p. 105).

Estas situações são casos em que há uma desestruturação familiar, a criança ou adolescente está exposta a fatores de risco, como por exemplo, a pobreza, a violência, a exploração do trabalho. Conforme aponta Maribel Rodrigues, a dependência química, principalmente nesta faixa etária está relacionada com outros fatores, a droga é apenas um dos problemas inserida num contexto social complexo dos pacientes. Em suas palavras,

[...] Hoje a gente tem muitos casos de uso de drogas que são acompanhados de outras comorbidades que a gente chama, problemas de esquizofrenia, problemas de depressão, de automutilação, que tem esse grupo das meninas que se mutilam, alguns com problemas relacionados à sexualidade, então assim, não é só a droga, a droga faz parte desse contexto, mas existe muitas doenças associadas a isso que também levam. (RODRIGUES Maribel, 2017).

Em relação ao sexo dos usuários do CAPSad, a maioria dos casos são de crianças e adolescentes do sexo masculino. Segundo Rodrigues não há uma faixa etária específica ou um

padrão socioeconômico, embora exista uma predominância das camadas mais pobres da sociedade, pode-se considerar que há uma diversidade significativa entre os pacientes, “pois há pessoas desde os mais carentes até à classe média alta.” (2017). Outra questão interessante, apresentada pela coordenadora do CAPSad, são as relações sociais existentes entre os adolescentes de diferentes classes sociais que frequentam a unidade. Em suas palavras:

Antigamente existia toda uma questão cultural, o filho de classe média alta ele usa, mas não se misturava e o que a gente percebe é que eles se conhecem, da alta para média, do pequeno com o grande, tudo se conhece. Isso é uma ilusão das mães achar que o filho não conhece, conhece, ele compra, ele anda, ele caminha, eles se conhecem, eles se pertencem, eles se olham. No olhar eles já se identificam. Então assim, a gente percebe que isso é uma coisa que não existe, existe às vezes pra algumas mães, algumas famílias, às vezes é uma negação de não enxergar o problema e empurrar para o outro o problema, ou a culpa né, aonde que eu errei? O que eu fiz? É muito complicado isso também. (RODRIGUES Maribel, 2017).

A depoente apresenta uma visão sobre os usuários de drogas recorrente em seu dia e que faz parte de uma boa parte da visão da sociedade. Entretanto, quando o assunto é droga não há distinção social, nem econômica, pois os usuários mantêm relações diversas entre si. Seja para comprar, vender ou consumir juntos, as relações sociais são construídas entre os jovens. O grande problema está na visão de que o jovem da classe média e/ou alta é apenas o consumidor, o usuário, aquele adolescente inocente que foi seduzido pelo “amigo” malandro e acabou caindo no mundo das drogas, enquanto que o adolescente pobre é visto como o bandido, traficante e que, por isso, acaba ficando excluído da sociedade, da escola, do mercado de trabalho, inclusive das políticas públicas e assistenciais.

Somando estes fatores surgem os agravantes que contribuem de forma negativa para o tratamento da dependência química, como a negação familiar de um problema existente. Nas tentativas de encontrar um culpado, muitas famílias não agregam elementos positivos ao tratamento e contribuem para reforçar a visão estereotipada em relação ao usuário de drogas. Na perspectiva de Lima:

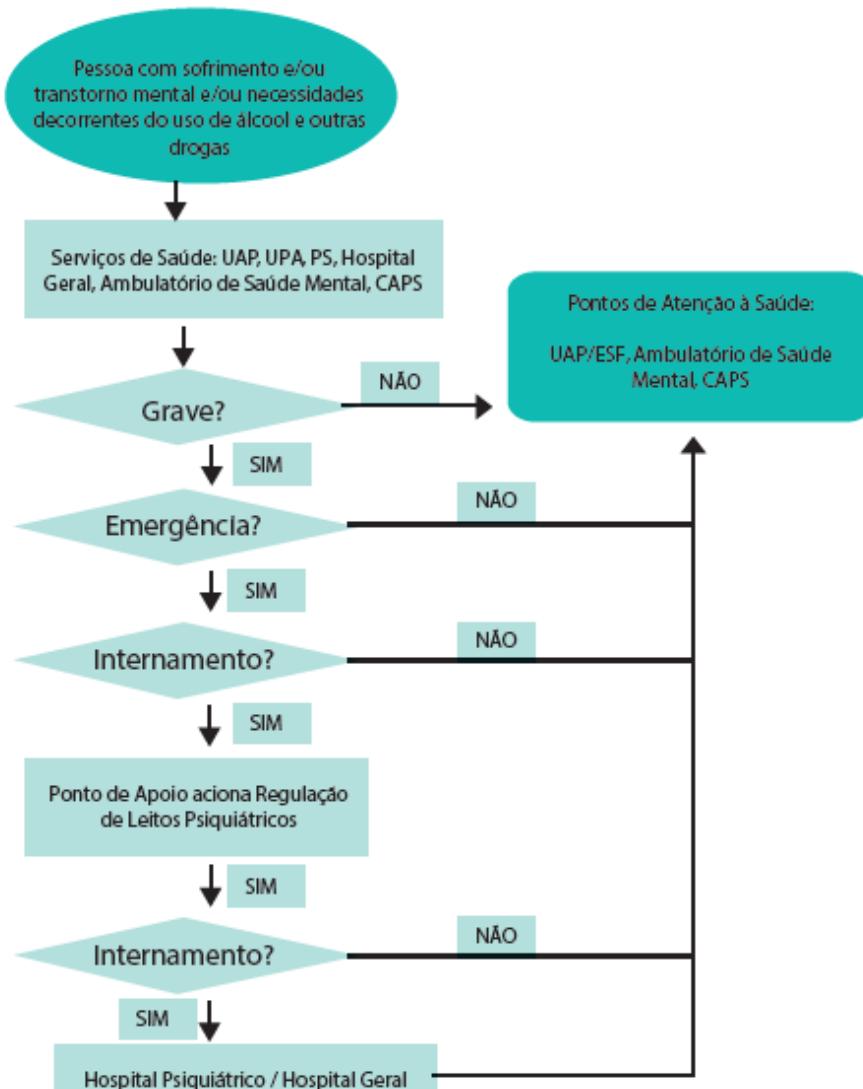
Muitas vezes, os pais ou responsáveis trazem questões mais relacionadas com suas dificuldades no cumprimento de seu papel de pai ou mãe do que com problemas da criança. [...] Dito de outra maneira, o sintoma da criança pode nos comunicar algo, de modo inconsciente, a respeito do par mãe-pai ou outras pessoas que ocupem essa função. (LIMA, 2014, p.249).

Conforme as informações da coordenadora do CAPSad, é muito difícil estabelecer uma média de tempo de duração do tratamento dos pacientes na unidade, principalmente pela questão da rotatividade e do não comprometimento dos adolescentes ao tratamento. Para Rodrigues, “no mínimo eles ficam uns 3 meses, 4 meses, aí o máximo não tem, o ideal seria que ele frequentasse pelo menos um ano semanalmente que participasse de todas as atividades que a família também viesse, mas vai depender muito de cada adolescente”. (2017)

É necessário levar em consideração que cada paciente possui um plano terapêutico singular, ou seja, após uma análise prévia, a equipe decide em conjunto como será o tratamento de cada um: quais as rotinas de consultas, terapias ocupacionais a serem realizadas, atividades em grupo e individuais. Por ser um serviço aberto é muito comum as faltas e a desistência do paciente. Segundo Rodrigues, o CAPSad “tem uma proposta de se trabalhar a questão da redução de danos, não se busca total abstinência, vai se trabalhando aos poucos com o adolescente, conquistando e levando ele para dentro do serviço.” (2017)

Entretanto, nos casos graves em que a equipe percebe que realmente há a necessidade de internamento do adolescente, este é encaminhado para a central de leitos. A partir deste encaminhamento a família deve aguardar para liberar uma vaga de internamento. Em algumas situações o CAPSad orienta a família a buscar ajuda nas Unidades de Pronto Atendimento-UPA onde o adolescente poderá ficar acolhido até que seja liberada uma vaga. Observe a seguir o fluxograma contido no documento que regulamenta a central de leitos do Estado do Paraná.

Figura 30: Fluxograma para Internamentos



Fonte: PARANÁ. 2016, p. 32.

A partir do fluxograma é possível observar que dentro do atual modelo de saúde mental o internamento é a última opção de tratamento. Em outras palavras, interna-se quando todas as alternativas se esgotaram ou se a situação do usuário é grave e não há possibilidade de iniciar os tratamentos alternativos, nestes casos, interna-se para desintoxicação. Conforme exposto no fluxograma após o internamento, o usuário é encaminhado para uma assistência à saúde mental extra-hospitalar, onde continuará o tratamento nos CAPS, ambulatórios ou UBS.

Na cidade de Cascavel existe apenas o Hospital Universitário que realiza internamentos de crianças e adolescentes com transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no entanto, as 17 vagas existentes no HU são distribuídas pela central de leitos do Estado do Paraná. Segundo a coordenadora do CAPSad, a espera por uma vaga de internamento, “demora bastante, já teve casos que demorou muito, às vezes 1 mês, 1 mês e

meio, vai depender de quem você pega de médico regulador, da questão do que ele lê, depende muito.” (2017).

Em virtude do que foi mencionado, podemos concluir que os critérios para internamento passam mais pelo campo da subjetividade dos médicos, do que por critérios técnicos, como, por exemplo, a gravidade da situação ou a ordem de solicitação para o internamento. A liberação dos leitos vai depender, por um lado, das informações prestadas pela equipe médica que fez a solicitação e, por outro, do “médico regulador”, que analisa essas informações e decide quem, quando e onde a criança ou o adolescente será internado.

Para Maribel Rodrigues, os internamentos só são realizados para desintoxicação do usuário por um curto período de tempo, apenas o necessário para que o adolescente tenha as condições necessárias para frequentar o serviço CAPS. Embora a prerrogativa do serviço não seja o internamento e nem tem autorização para esta modalidade, a equipe de profissionais do CAPSad em conjunto com o adolescente e a família têm iniciado a prática de “internamento domiciliar”.

Conforme o documento produzido pelo Ministério da Saúde sobre atenção domiciliar no SUS, esta modalidade de atendimento inicia-se no Brasil na década de 1990 e com a implantação do SUS ganha novos olhares. “Em 1998, foi publicada a Portaria nº 2.416, do Ministério da Saúde (MS), que definiu requisitos para o credenciamento de hospitais e critérios para a modalidade de internação domiciliar no SUS.” (BRASIL, 2014, p. 45).

De acordo com este documento, a portaria representou a retomada nas discussões sobre o atendimento a domicílio, representando um avanço nos debates em política pública, tendo em vista que um dos grandes objetivos do atendimento a domicílio é a humanização da assistência à saúde no Brasil. Assim, em abril de 2002, foi sancionada, pelo MS, a Lei nº 10.424, que acrescenta à Lei Orgânica da Saúde dispositivo jurídico legal que institui no SUS o atendimento e a internação domiciliar. Segundo o documento,

A incorporação do atendimento e da internação domiciliar no SUS representou uma tentativa de resposta às demandas crescentes para o cuidado domiciliar no país e, ao mesmo tempo, garantiu o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade, integralidade, equidade, participação comunitária, descentralização e hierarquização, entretanto, embora se reconheça a evolução em relação à legislação que regulamenta a Atenção Domiciliar como modalidade de assistência no país, sua proposição não fez parte do projeto original do SUS, sendo colocada como complementar. (BRASIL, 2014, p. 45)

Como prerrogativa das políticas públicas as portarias ministeriais também foram criadas para estipular as formas de financiamento para a atenção domiciliar, disponibilizando recursos financeiros para municípios que aderirem à proposta. Neste sentido, Cascavel foi um dos poucos municípios do Brasil que iniciou o Programa de Atenção e Internamento Domiciliar – PAID com o objetivo de otimizar a assistência a saúde, minimizar os impactos da falta de leitos da cidade e oferecer uma assistência humanizada aos usuários.

Criado em 2005, o Programa de assistência e internação domiciliar (Paid) do município de Cascavel (PR) surgiu como alternativa para carência de leitos hospitalares na cidade. Com quase 300 mil habitantes, o município conta com cerca de 400 leitos, tendo por principal unidade hospitalar o Hospital Universitário do Oeste do Paraná, referência regional para quase 80 municípios do oeste paranaense e até do vizinho Mato Grosso do Sul. (BRASIL, 2014, p. 86).⁶³

O internamento domiciliar não é uma prática recente, porém é utilizada com mais frequência para casos de usuários com doenças crônicas, com doença em fase terminal, usuários com dificuldades de ter acesso às unidades de saúde e que têm necessidade de internamento várias vezes durante o ano. De acordo com a coordenadora do serviço, o internamento domiciliar, nos casos de saúde mental, só acontece em parceria com a família, e nos dois casos experimentados até o momento da entrevista, segundo Rodrigues, obtiveram bastante sucesso. Em suas palavras,

Nós temos começado a desenvolver aqui a prática de internamento domiciliar. Alguns casos a gente está procurando trabalhar esse tipo de coisa, são só casos onde a família e o adolescente fecha esse acordo e tem condições. Então é feito com a família e o adolescente, ele escolhe uma pessoa de referência pra ele, que ele confia e que ele vai obedecer em cima das regras que é proposta. Então ele fica nesses 15 dias somente em casa, só sai acompanhado dessa pessoa que ele escolheu, tomando a medicação supervisionada, ele fica no próprio local dele e tem funcionado com os casos que eles aceitam. Por exemplo, os acordos querem romper, não pode ser por telefone, só pessoalmente no próprio local novamente, com as pessoas que firmaram aquilo, a questão de estar afastado daquele momento, por isso que tem a medicação, tem a supervisão e tem as visitas da enfermagem na residência que é uma prática que a gente está começando agora a desenvolver aqui no CAPS. Nós começamos a fazer a experiência em dois casos no momento e foram dois casos que tivemos bastante sucesso. (RODRIGUES Maribel, 2017).

⁶³ Cabe destacar que o número de leitos mencionados no documento refere-se ao total de leitos existentes na cidade no momento da elaboração do documento (2014) e, não especificamente para a saúde mental. Destes, apenas 17 são destinados ao internamento psiquiátrico.

Em relação ao internamento domiciliar para assistência psiquiátrica, no documento produzido pelo SUS, há menção a alguns projetos que foram desenvolvidos para a contenção de usuários em crises. Apresenta-se também como uma possibilidade para a reforma psiquiátrica que prevê a redução gradativa de leitos em hospitais psiquiátricos e o aumento progressivo em hospitais gerais. A criação de leitos em hospitais gerais caminha a passos lentos e nestes casos o PAID se apresenta enquanto alternativa para falta de leitos. Nas palavras da depoente:

A gente está em experimento ainda, estamos testando com aquelas pessoas que teriam condições, são casos que não são tão graves, que tem uma série de coisa que a gente tem que avaliar nesse contexto, mas que é uma coisa válida que o serviço sentiu que teria condições em alguns casos de fazer esse acompanhamento. Então ele vem semanalmente, ele pode vir para o CAPS nas oficinas, sem que essa pessoa fique esperando. Assim, se essa pessoa de referência trabalha, o doutor acaba dando um atestado de 15 dias pra não prejudicar o seu trabalho também, pra acompanhar aquele adolescente. Então começa a fortalecer também o vínculo familiar, o respeito entre eles, uma série de coisas. Isso foi uma coisa bem legal que já tivemos a experiência e que estamos começando a desenvolver. (RODRIGUES Maribel, 2017).

Vale ressaltar que no município de Cascavel, embora o PAID tenha sido implantado desde 2005, na saúde mental é uma experiência que está sendo testada agora e, apenas no depoimento de Maribel Rodrigues foi mencionada a internação domiciliar como forma de contenção à crise, de tratamento inicial ou desintoxicação. Conforme o depoimento da coordenadora, no internamento domiciliar é necessário todo um acompanhamento da equipe médica, mas acima de tudo, é fundamental o comprometimento da família do adolescente neste processo.

[...] Nós vamos tentando né? Várias coisas dependem do adolescente, do perfil da família, se ela é comprometida, se a família também não é dependente, então não é pra todo mundo que ele daria pra ser usado, mas é uma experiência que a gente começou fazer em alguns casos né? De monitoramento. (RODRIGUES Maribel, 2017).

A Legislação em Saúde Mental 2004-2010 aponta a possibilidade de internamento domiciliar como uma prática que deve ser realizada em conjunto com as unidades de saúde da família-USF, entretanto, não há especificações ou regulamentações sobre as internações domiciliares. (BRASIL, 2010, p.150). Outro documento produzido pelo MS menciona a internação domiciliar como um serviço comunitário e alternativo às internações em hospitais

sejam eles psiquiátricos ou gerais, mas também não regulamenta estas internações. (BRASIL, 2004b, p. 24).

Muitos adolescentes que frequentam o CAPSad, estão lá por uma determinação judicial, do Conselho Tutelar, das escolas e/ou da família. Dificilmente é o adolescente, por conta própria que procura o serviço. Muitos acham que não há necessidade de tratamento, que estão bem e deixam de frequentar a unidade e, logo em seguida, acaba retornando ao serviço CAPS por outra determinação.

Ao ser indagada sobre a demanda de jovens para o tratamento do CAPSad, a coordenadora do serviço informou que há demanda, mas que não há filas de espera. Segundo Rodrigues, a unidade não faz uma busca para investigar a quantidade de adolescentes que deveriam frequentar o serviço e não comparecem. O que a unidade atende é o que chega até eles, através do encaminhamento “do juiz, da unidade de saúde, das escolas estaduais e municipais, das famílias” (2017).

Em diversos momentos da entrevista as depoentes deixaram claro que o trabalho realizado nos serviços de saúde mental não pode ser isolado. Todos os depoimentos mencionaram o trabalho conjunto que é desenvolvido entre as diversas secretarias e serviços municipais. Segundo Maribel Rodrigues, o CAPSad desenvolve um trabalho junto às escolas de capacitação de profissionais e de conscientização dos estudantes. Em suas palavras:

Nós temos um trabalho de fazer capacitação nas escolas, a gente tem o projeto que a escola pode ligar, o que a escola sempre queria com a gente é que a gente fosse dar palestra. Então a gente não faz palestra para adolescentes sobre drogas, até porque aquele que não tem curiosidade de repente vai começar a ter. Então a gente faz algumas coisas com os adolescentes e fala das perspectivas de vida, de futuro, de pensar, o que eles querem pra vida deles. Para professores e profissionais tem um projeto que a gente propõe para escola fechar dois dias e participa dessa capacitação desde o zelador até a diretora. Daí os técnicos daqui, os psicólogos, o assistente social, o terapeuta ocupacional e enfermagem vai até à escola e trabalha com esses professores e tenta tirar um multiplicador na escola pra que a escola comece trabalhar isso no seu dia a dia, porque a droga não é uma coisa pontual. Eu vou lá falo e acabou né, tem que ser no dia a dia e aí a gente fecha também com o trabalho com as famílias, fazendo uma reunião com as famílias sobre o tema da droga. (RODRIGUES Maribel, 2017).

De acordo com a coordenadora do CAPSad, tem alguns períodos em que a procura pelo projeto é bem grande. Para a depoente, o objetivo do projeto é produzir um multiplicador de conteúdos inspiradores e importantes, no qual procura-se difundir e divulgar os trabalhos realizados pelos serviços de saúde mental para dependentes químicos para conscientizar outros adolescentes a não se envolverem com as drogas, como também para informar a

população onde procurar ajuda. Segundo Maribel Rodrigues, está prevista a execução de um novo projeto junto ao Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente – CMDCA.

A gente fez um projeto para o CMDCA de reorganização dos territórios. Então nesses locais não vai trabalhar só com escola, mas trabalhar com as UBS, com as lideranças daquele local, para que eles pensam em um diagnóstico da droga, o que ocorre e o que a gente poderia estar trabalhando dando subsídio para aquele território, para aquela área de abrangência, para aqueles profissionais né? E eles pensem num número multiplicador de ações que possam ser desenvolvidas no seu dia a dia, no seu bairro, no seu local. Porém as pessoas têm muita dificuldade na questão da abordagem, como é que eu abordo? Como que eu falo? Então essas questões que são trabalhadas no dia a dia para poder desenvolver. [...] Porque a nossa intenção é fazer as capacitações, capacitar os profissionais, capacitar pra que se faça multiplicadores desse assunto, porque a droga é um assunto transversal. Então assim, trabalha a violência que sempre está junto, transtorno de conduta, as doenças, e que a gente possa estar trabalhando isso no dia a dia com aquele grupo que trabalha lá, com a UBS, com a ACS, com aquelas pessoas que estão naquele território, que é muito mais fácil, você tem que saber se a droga existe lá para poder combate-la. (RODRIGUES Maribel, 2017).

Para Lima (2014) é fundamental que a assistência, nos casos da infância seja intersetorial, isto é, que o atendimento integre diversos setores, como a educação, esportes, cultura, assistência social, justiça e direitos. De acordo com a visão da autora:

A intersetorialidade, no caso da infância e adolescência, não é um luxo, mas uma necessidade para o bom andamento da assistência, implicando o diálogo, a corresponsabilização e a divisão da carga de trabalho entre profissionais de campos diferentes, respeitando os mandatos específicos de cada setor. Esse modo de operar o cuidado é o mais adequado para as situações reais do dia a dia, quando não lidamos com ‘transtornos mentais’ abstratos, mas com crianças e adolescentes em seus contextos de vida e modalidade de sofrimento. Crianças e adolescentes são, por exceléncia, seres ‘intersetoriais’, pois não pertencem a um outro setor, convocando todos ao trabalho, no cenário sempre dinâmico de suas comunidades e suas realidades socioculturais. (LIMA, 2014, p.252).

Inseridos nessa ideia de dinamismo da juventude, são desenvolvidos diversos trabalhos no CAPSad e um dos que me chamou a atenção, foram as oficinas de pinturas realizadas com os adolescentes que frequentam o serviço, pois são elas que decoram o ambiente. Ao chegar na unidade me deparei com uma decoração colorida nas paredes. Este colorido acaba trazendo uma sensação de alegria para o ambiente, ao mesmo tempo em que rompe com a ideia de unidade de saúde.

Figura 31: Recepção do CAPSad



Fonte: Arquivo da Autora. Cascavel, 03/04/2017.

De acordo com a coordenadora da unidade, o CAPSad desde a construção até os detalhes finais foi pensado para o adolescente. Conforme explicou Maribel Rodrigues, a equipe de profissionais que já atuava no serviço solicitou que as paredes do CAPS fossem pintadas de branco, justamente para que pudessem realizar as oficinas terapêuticas através de pinturas com os adolescentes. Na perspectiva de Dantas:

Assim, a pintura é uma atividade pessoal que ajuda na preservação da identidade do paciente, num ambiente institucional que fatalmente gera esta dissolução identitária, além do que a pintura pode ajudar na integração do paciente no grupo: “Uma atividade artística comunitária como a pintura de um mural, frequentemente ajuda a integrar personalidades anti-sociais, dando-lhes um objetivo comum. (DANTAS, 2006, p. 105)

Aos poucos as paredes vão sendo preenchidas com as pinturas dos adolescentes e vão dando ao ambiente um aspecto jovem, com imagens relacionadas ao interesse típico das idades do público que frequentam o espaço. Inclusive, em algumas oficinas se trabalha com a técnica do estêncil grafite com os usuários dos serviços.⁶⁴ Para a coordenadora do CAPSad,

⁶⁴ De acordo com Machado (2013, p. 47). O estêncil é uma técnica utilizada para produção do grafite, por meio do qual o desenho produzido ou apropriado seria passado para o muro ou parede através de um molde (estêncil).

assim como as oficinas precisam ser atrativas aos adolescentes, mais do que as drogas, os espaços também precisam ser acolhedores, aconchegantes e transmitir uma sensação boa aos adolescentes, caso contrário, o tratamento não será bem sucedido e terá muitas desistências.

Figura 32: Portas dos Banheiros do CAPSad



Fonte: Arquivo da autora. Cascavel, 03/04/2017.

A reprodução da imagem ou marca é executado-reproduzida por uma matriz recortada, na qual o recorte determina o que será preenchido pela tinta e o que ficará protegido na matriz, criando espaços vazios a serem preenchidos pela tinta, que formará a imagem desejada. O estêncil permite aplicar diversas vezes a mesma imagem em diversos lugares, sendo utilizada pelos grafiteiros como forma de reproduzir uma mesma imagem várias vezes de maneira rápida, sem ser notado ou percebido.

Na perspectiva da coordenadora do CAPSad, a ideia de deixar as paredes em branco, para que os próprios adolescentes a decorassem tem surtido efeito, pois não há riscos e depredação da estrutura. De acordo com Machado:⁶⁵

Observamos logo que iniciamos as atividades do CAPS-ad que muitos jovens, numa atitude agressiva, marcavam e riscavam as paredes da unidade com seus nomes ou codinomes (apelidos) das ruas. Percebemos que o fato de gostarem de marcar suas presenças poderia ser uma boa maneira de vinculá-los ao serviço como também criar uma postura de mudança positiva em relação à realidade que viviam. (MACHADO, 2013, p.42)

A partir dessas oficinas, a equipe do serviço conseguiu despertar um sentimento de pertencimento ao local, os adolescentes se sentem parte daquele espaço, como alguém que deixou suas marcas expressas nas paredes sem cometer um ato de depredação ao patrimônio. Segundo Rodrigues (2017) “[...], tem uns que dizem: ‘Ah! quero ver meu desenho nas paredes’, ‘Ah! ainda tem aquilo’. Tem essa questão do pertencimento que é muito importante, a questão de ter um vínculo e de pertencer ao local.”.

Figura 33: Sala de Oficinas do CAPSad



Fonte: Arquivo da autora. Cascavel, 03/04/2017.

⁶⁵ Antônio Carlos Machado é artista plástico e no período em que o artigo foi escrito (2013), atuava como orientador de Artes no CAPSad. (MACHADO, 2013, p. 41)

As oficinas de pintura e grafite são orientadas por um oficineiro. Cabe destacar que não são todos que se identificam com a atividade, como também não são todos que possuem habilidades para a pintura, mas, acima de tudo, estas oficinas têm a função terapêutica. Na visão de Machado:

O foco do processo terapêutico não está centrado apenas na imagem, mas nas possibilidades de fazer algo tão ou mais prazeroso que a droga, mostrando a esses adolescentes que existem outros caminhos, que é preciso pensar e refletir antes de agir, que podemos errar e corrigir mesmo quando pensamos não haver solução, ou ainda saber abrir espaços para coisas novas ou preencher os espaços vazios que possam existir. (MACHADO, 2013, p.51)

Na perspectiva de Maribel Rodrigues, “primeiro a gente pensou assim: ‘Porque que o ambiente que a gente trabalha tem que ser feio e alguma coisa desagradável de ver?’ Tem que parar com essa coisa do sucateado.” (2017). Embora a coordenadora do CAPSad tenha afirmado que a condição socioeconômica de quem frequenta o serviço é bem diversificada, uma de suas falas chamou a atenção, pois de acordo com a depoente, ao construir a unidade, a equipe de profissionais pensou: “Não vamos fazer um serviço para pobres, pobre”. (RODRIGUES, Maribel, 2017).

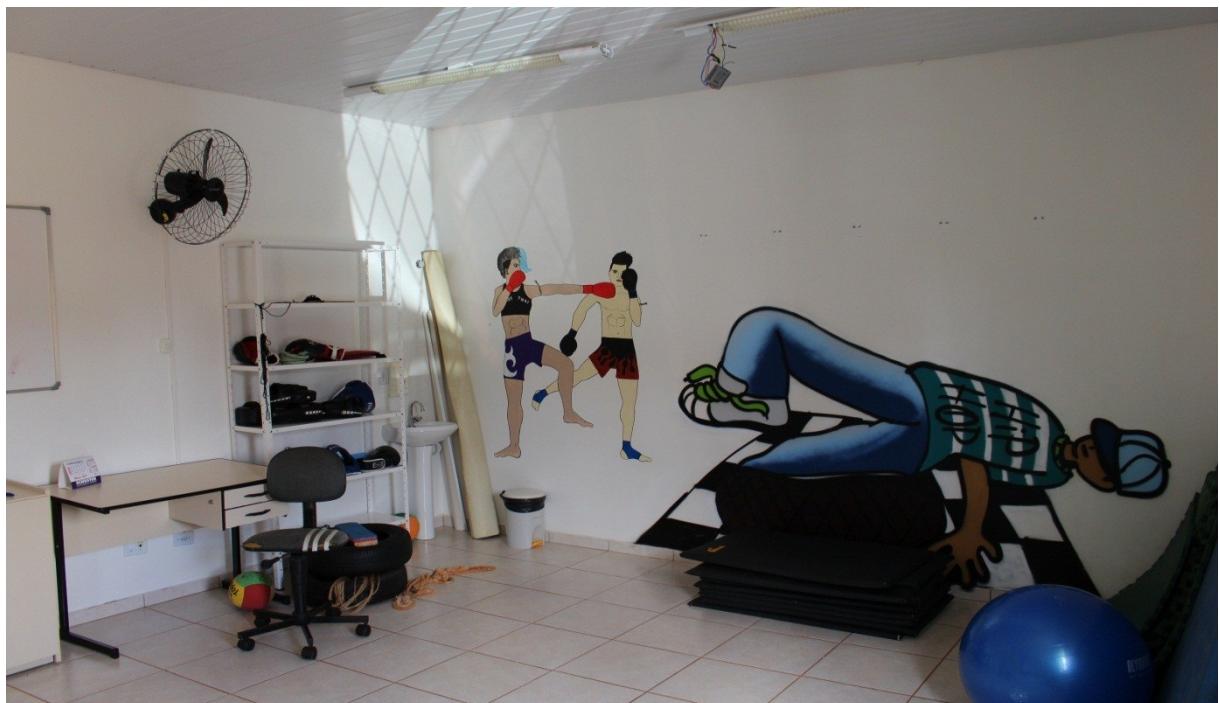
Neste sentido, buscou construir um espaço que fosse atrativo aos jovens e na perspectiva da coordenadora do serviço, é imprescindível que seja também construído pelos jovens. Através das oficinas e pinturas nas paredes, aos poucos os usuários do CAPSad vão deixando a sua visão de mundo impressa nas paredes. As representações imagéticas permitem visualizar o universo jovem, corpos ágeis, movimentos, roupas e semblantes que parecem desabafar o presente, os pensamentos expressam seus sonhos e fantasias, bem como a busca por um caminho mais seguro. Na perspectiva de Machado:

[...] o espaço urbano não é um vazio, um quadro neutro, ou algo inerte, mas sim repleto de significados e possíveis leituras, pois reflete a sociedade, a história, as diversidades, os contrastes etc.. Estas marcas e registros ou inscrições “do e no” espaço urbano podem revelar possibilidades de análises sócio-históricas, políticas, econômicas, culturais e cotidianas de uma sociedade, auxiliando no entendimento do homem como ser histórico. (MACHADO, 2013, p. 44)

Partindo destas reflexões, podemos considerar que assim como os espaços urbanos vão sendo construídos historicamente, as paredes do CAPSad vão compondo um mosaico de expressões dos usuários do serviço. A partir de suas experiências sociais, o adolescente torna-

se protagonista de sua história e agente direto do espaço que frequenta, construindo-o coletivamente. De acordo com Machado (2013), os adolescentes escolhem a imagem que vão utilizar para se expressarem, seja ela criação própria ou apropriação de outras imagens, desenham, recortam e pintam as paredes através de pintura livre ou moldes vazados, deixando positivamente suas marcas. Um dos principais objetivos das oficinas, segundo Machado (2013) e Rodrigues (2017) é a valorização da autoestima e reconhecimento da possibilidade de mudanças em sua trajetória de vida.

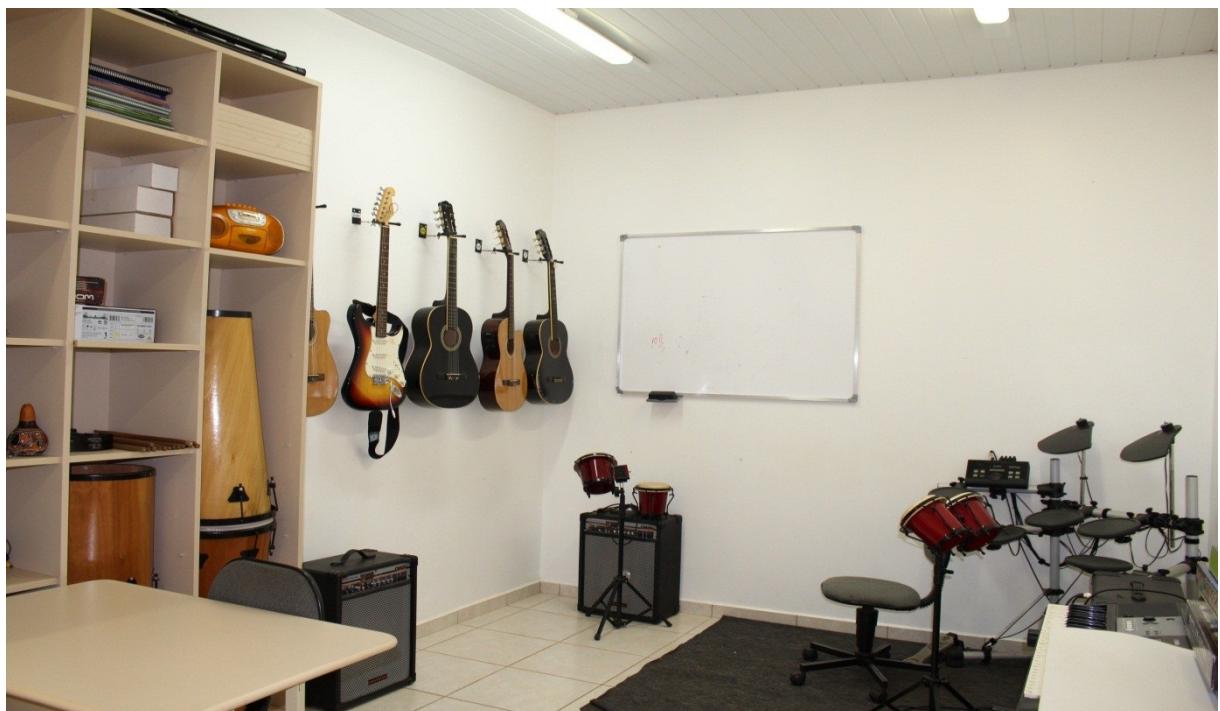
Figura 34: Sala de Oficina de Artes Marciais



Fonte: Arquivo da autora. Cascavel, 03/04/2017.

Diante do que foi exposto, podemos nos perguntar: Onde estão todas as pinturas realizadas pelos usuários? De acordo com Machado (2013), os materiais utilizados para a produção das imagens são tintas a base d'água, pistola de ar comprimido, pincéis, rolos de espumas e outros materiais atóxicos próprios para pintura, principalmente por se tratar de usuários de substâncias psicoativas que poderiam usar as substâncias químicas. Além disso, estes materiais possibilitam a fácil remoção das pinturas, permitindo que o ambiente se renove de tempos em tempos, pelo menos, nas paredes do interior do CAPSad.

Figura 35: Sala de Oficina de Música



Fonte: Arquivo da Autora. Cascavel, 03/04/2017.

No que se refere ao espaço externo, há uma quadra esportiva, pista de skate, trapézio fixo para arte circense. Segundo a coordenadora do CAPSad, até recentemente havia uma tenda de circo onde eram realizadas atividades de arte circense. Na perspectiva de Maribel Rodrigues, o serviço oferece atividades diferenciadas aos adolescentes, que motivam o interesse e a participação nas terapêuticas propostas. Em outras palavras, as atividades estimulam a “adrenalina” dos adolescentes, fazendo com que percebam que há possibilidades de transformações, novos caminhos e que as drogas não precisam fazer parte deles.

Segundo Rodrigues, todas as pinturas nas paredes do CAPSad são feitas pelos adolescentes que frequentam os serviços nas oficinas de grafitagem. De acordo com a coordenadora do CAPSad, com uma linguagem acessível aos adolescentes, o serviço vem tentando desenvolver um trabalho que seja efetivo na resolutividade dos problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas por adolescentes. O tratamento é realizado de forma aberta, ou seja, não há internamentos na unidade, porém, praticam o acompanhamento clínico com a realização de diversas atividades com fins terapêuticos que visam à reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. (RODRIGUES Maribel, 2017).

Figura 36: Área Externa do CAPSad para Prática Esportiva



Fonte: Arquivo da Autora. Cascavel, 03/04/2017.

Figura 37: Grafite na Parte Interna dos Muros do CAPSad



Fonte: Arquivo da Autora. Cascavel, 03/04/2017.

De acordo com as informações da coordenadora do serviço, uma das dificuldades enfrentadas pelos pacientes do CAPSad é a questão do mercado de trabalho.

A dificuldade nossa é inserir esses adolescentes no mercado de trabalho, primeiro que eles não têm escolarização, a maioria já saiu da escola e não quer voltar e a escola também não faz questão, porque existe um rótulo, “aquele lá vindo de novo o fulano”, você transfere de escola “meus Deus era

pra lá, agora veio aqui". Então assim, existe um preconceito muito grande, ele não tem escolarização e a gente sem escolarização não consegue e aí acaba indo para o trabalho informal e ele acaba fazendo o quê? Pintura, fossa, abrir fossas, pequenos reparos. Então assim, mas a maioria dessas pessoas que trabalham também tem problema com o álcool, então ele acaba nesse círculo vicioso nesse tempo, não dá pra rotular, não dá pra generalizar, mas acaba tendo problema. (RODRIGUES Maribel, 2017).

Apesar de melhor estruturado foi possível perceber que a assistência prestada pelo CAPSad possui um baixo índice de efetividade na recuperação dos pacientes. Embora não seja feito um relatório para se ter uma média da porcentagem de pacientes recuperados, a coordenadora da unidade estima que seja uma média de 10% de recuperados. Um índice extremamente baixo, tendo em vista que o serviço atende cerca de 250 adolescentes por mês, apenas 25 conseguem superar o problema com as drogas. (RODRIGUES Maribel, 2017).

Para a entrevistada, os motivos dessa baixa recuperação de pacientes podem ser vários. Entre eles está a questão do público alvo, ou seja, os adolescentes estão numa fase de grandes mudanças e isto acaba sendo um dificultador no tratamento. Muitos não se percebem enquanto dependentes químicos, outros não conseguem perceber os agravantes do uso de drogas para a sua vida, alguns jovens vivem em condições de vulnerabilidade e não possuem nenhuma perspectiva de vida, há aqueles que estão obrigados por determinação judicial e não veem sentido no tratamento, muitos estão envolvidos com atos ilícitos, como roubos, tráfico de drogas e, muitas vezes acabam saindo do CAPSad para a prisão ou acabam morrendo. "O que ocorre no álcool e droga são muitos homicídios, os adolescentes morrem muito cedo [...]" . (RODRIGUES Maribel, 2017).

Conforme a fala da entrevistada é difícil identificar qual seria o principal elemento que impede maior eficácia do atendimento CAPS. Para Maribel Rodrigues, aqueles pacientes que fazem o tratamento contínuo, seguem as recomendações dadas pelos profissionais de saúde, conseguem ressocializar e superar a dependência química. Todavia, a entrevistada reconhece que é necessário investimentos na saúde mental, novas formas de abordagem e de tratamento do jovem.

[...] pelas dificuldades que temos a falta de pessoal e a falta de capacitação. Nós mesmos da atenção especializada há muito tempo que pedimos a supervisão. Precisa da supervisão no trabalho, porque chega uma hora que vai se esgotando, a gente também não sabe mais o que fazer. Então não há um investimento. Ainda entre os profissionais que trabalham se fala muito dos manicômios. Os CAPS foram um avanço, mas hoje a gente já está numa outra etapa e agora? Como é que trabalha com esses profissionais que já estão lá nesse novo modelo? Além de se investir no profissional, falta muita capacitação, faltam profissionais que queiram trabalhar com isso. Então às

vezes eu acho que a gente avançou muito na questão da loucura, mas hoje a gente está numa outra etapa e o que precisa avançar, precisa de supervisão, precisa de capacitação, precisa ter outros serviços. (RODRIGUES Maribel, 2017).

No CAPSad, assim como nas outras unidades visitadas, nota-se a falta de investimentos por parte do governo nos serviços de assistência psiquiátrica. Historicamente, a saúde mental tem ficado de lado, principalmente quando se fala em investimentos públicos. A coordenadora deste serviço apresenta uma questão interessante para pensarmos os rumos da saúde mental no Brasil. Para Maribel Rodrigues, a reforma psiquiátrica promoveu um grande avanço em quase duas décadas de existência, no entanto, agora é preciso pensar em novas estratégias para dar continuidade e desenvolver um tratamento que seja mais eficaz.

5.3: CAPS III: CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL LOURENÇO JOSÉ BARREIROS NETO

A visita ao CAPS III ocorreu em dois momentos. Na primeira visita realizada ao local, conversei com a coordenadora da unidade e com a psicóloga e foi um momento fundamental para o enriquecimento da pesquisa. Nesta primeira visita, pude conhecer todos os espaços do CAPS III, porém não foi permitido fotografar nenhum deles. A coordenadora do serviço informou que para fotografar o espaço deveria ter uma autorização do Secretário de Saúde do Município. Já na segunda visita, com a autorização em mãos, conversei novamente com a coordenadora do CAPS III e pude fotografar todas as salas, espaços internos e externos.

De acordo com a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, republicada em 21 de maio de 2013, que organiza os CAPS em modalidades:

O CAPS III - atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes. (BRASIL, 2014)

Com elaboração do Plano Municipal de Saúde Mental em 2001 estabeleceu-se os caminhos que deveriam seguir para oferecer um tratamento alternativo ao modelo

hospitalocêntrico de assistência psiquiátrica vigente até então e um destes serviços foi o CAPS III. Após o fechamento do único hospital psiquiátrico da região, observou-se que cerca de 35% dos internos eram moradores de Cascavel e precisariam de um serviço especializado para atender às suas demandas. Após um período de adequação da assistência e implantação dos serviços, o CAPS III foi fundando em 20 de junho de 2006.

Figura 38: Entrada do CAPS III



Fonte: Arquivo da Autora, Cascavel, 20/03/2017.

Quando o Hospital São Marcos fechou cerca de 10% dos internos da instituição psiquiátrica tinham perdido seus vínculos familiares e haviam se tornado moradores do hospital por não ter um local adequado aonde ir. Assim, o poder público municipal criou residências terapêuticas para abrigar estes pacientes e posteriormente criou o CAPS III para oferecer assistência psiquiátrica contínua a estes usuários oriundos do hospital psiquiátrico e para a demanda de pacientes existente para esta modalidade na cidade.

De acordo com Reis (2009, p.49), quando o hospital fechou as portas, o gestor municipal entrou em acordo com o Albergue Noturno⁶⁶ de Cascavel e transferiu os moradores da instituição para lá até que fossem criados os serviços que os atenderiam, isto é, as residências terapêuticas. Segundo o autor:

⁶⁶ Albergue Noturno André Luiz - Cascavel/PR. É uma entidade filantrópica sem fins lucrativos, fundada em 27 de agosto de 1973. Atende pessoas adultas ou grupo familiar com ou sem crianças, que se encontram em situação de rua e desabrigado por abandono, migração e ausência de residência ou ainda pessoas em transito e sem condições de autossustento. Informação disponível em: <http://albergueandreluiz.blogspot.com.br>. Acesso em: 01/02/2018.

Para o atendimento dos usuários que estavam aloçados no albergue deu-se início à elaboração do projeto para implantação do Serviço Residencial Terapêutico. O projeto arrastou-se por aproximadamente um ano até que fosse encaminhado a todas as instâncias governamentais, como a bipartite estadual e ao Ministério da Saúde a fim de que fosse aprovado e o município passasse a receber verbas para a locação das casas, compra de mobiliário e a transferência de pacientes. Na ocasião foram alugadas quatro casas em bairros distintos do município, uma vez que havia 26 pacientes que eram moradores do extinto hospital. O número de residências abertas foi embasado em documentos ministeriais que norteiam o processo de abertura destes serviços, permitindo o número máximo de oito moradores por residência. Para prestação do cuidado a esses moradores do serviço assistencial terapêutico, foram contratados cuidadores também seguindo as orientações federais. (REIS, 2009, p.49)

De acordo com o Projeto Terapêutico do CAPS III, o serviço deveria funcionar 24 horas ininterruptas, conforme preconizado pela legislação. Entretanto, a coordenadora da unidade informou que o acolhimento noturno está suspenso desde 2012 por falta de investimento do poder municipal. Cabe aqui destacar que a visita ao CAPS foi realizada no início do ano de 2017, momento em que novos representantes políticos estavam assumindo a prefeitura e a câmara legislativa. No caso do município de Cascavel, não houve reeleição e, portanto, um novo partido político estava assumindo o poder e estavam ainda todos apreensivos sobre o direcionamento político que seria dado.

Para Sônia Reis, durante a primeira conversa realizada em março de 2017, a equipe de profissionais do CAPS III, juntamente com a Gerente da Divisão de Saúde Mental e o poder público municipal estavam discutindo a proposta de retomada do acolhimento noturno e funcionamento 24 horas dos serviços. Durante a segunda visita, realizada em julho de 2017, o acolhimento noturno ainda não estava funcionando e para Sônia Reis, o motivo era porque não havia profissionais suficientes, mas que este déficit estava para ser corrigido em regime de urgência, a partir de um concurso público que seria realizado pela prefeitura municipal.

Segundo a coordenadora do CAPS III, os leitos para acolhimento são utilizados pelos usuários apenas quando algum deles passa mal durante as atividades ou ocorrem indisposições. Nesses casos, a equipe de profissionais encaminha o usuário para o leito e lá permanece em observação apenas durante o horário que o mesmo deveria permanecer no serviço em atendimento. Após este período é liberado para ir embora ou encaminhado para UPA.

Todavia, mesmo o acolhimento noturno do CAPS III não funcionando desde 2012, ao consultar o sistema online de cadastro e indicadores de leitos do MS⁶⁷ é possível verificar a existência de 5 leitos para este serviço, além de indicar que a unidade está aberta 24 horas (BRASIL, 2017). A reflexão que nos cabe fazer é: quantos estabelecimentos de saúde e de leitos psiquiátricos estão nessa mesma situação? Consta como existente na página do CNES, mas que na realidade não existem, mascarando a situação vivida pela assistência psiquiátrica no país. Além disso, cabe-nos perguntar a quem interessa estes dados incorretos?

A coordenadora do CAPS III também informou que a nova gestão pública estava, num primeiro momento, agindo a partir de uma política de contingenciamento de gastos do setor público. Neste sentido, para Sônia Reis houve alguns cortes de verbas públicas, principalmente para pagamentos de salários de funções gratificadas. De acordo com a depoente, ocorreu um ajuste, diminuindo 30% dos salários de funções gratificadas e cargos de coordenações, como também ajustes de 30% a menos de alugueis pagos pela prefeitura. Na perspectiva da coordenadora do CAPS, estes ajustes fiscais ocorreram como uma forma da nova gestão arrecadar recursos para então, desenvolver o seu projeto político.

Conforme informou Sônia Reis, atualmente o CAPS III atende cerca de 350 pacientes por mês, distribuídos entre consultas médicas, conversas com a psicóloga, serviço social, terapias ocupacionais, oficinas terapêuticas, reuniões de grupo e consultas individuais em períodos matutinos e vespertinos. Entretanto, para a coordenadora da unidade “a equipe ainda é uma equipe mínima, composta de acordo com a portaria que instituiu os CAPS, desde a implantação até hoje não teve aumento de profissionais, é sempre a equipe mínima.” (REIS Sônia, 2017). Inclusive, o prédio onde se localiza o serviço é o mesmo desde que foi criado. De acordo com a coordenadora, a equipe do CAPS III é composta por:

2 psiquiatras; 2 médicos clínicos; 2 enfermeiros; 1 psicólogo no período da manhã e 1 no período da tarde duas vezes por semana; 2 assistentes sociais; 4 técnicos de enfermagem; 1 nutricionista; 10 instrutores de oficinas terapêuticas; 2 orientadores técnicos esportivo, pessoal do serviço de apoio e a parte do administrativa, estagiário, recepção, esses trabalhos burocráticos e a coordenação. (REIS Sônia, 2017).

Porém, ao analisar o Projeto Terapêutico do CAPS III a equipe que compõe a unidade está diferente da prevista no projeto. De acordo com o documento, a equipe para atender 40 pacientes por turno e com limite máximo de 60 pacientes ao dia, deveria ser composta por:

⁶⁷ Informação apresentada anteriormente, no Quadro 5 deste trabalho.

1 atendente em serviço de saúde, 2 assistentes sociais, 2 enfermeiros, 1 estagiário em nutrição, 1 estagiário administrativo, 3 orientadores esportivos, 1 instrutor técnico (psicologia), 1 médico clínico geral, 1 psiquiatra, 1 nutricionista, 1 psicólogo, 1 terapeuta ocupacional, 7 técnicos em enfermagem, 8 instrutores de oficinas, 5 zeladores (cozinha e limpeza); 2 guardas patrimoniais. (PROJETO TERAPÊUTICO CAPS III, 2012).

Ainda, neste documento há previsão de recursos humanos para o acolhimento noturno e para que as equipes oferecessem assistência aos sábados, domingos e feriados. Entretanto, desde 2012 que o serviço só atende de segunda a sexta-feira, das 8 às 17 horas. Na segunda visita realizada no CAPS III, a coordenadora informou que o CAPS III estava sem zeladora, pois a mesma estava afastada para cuidar de problemas de saúde, tendo que “emprestar” zeladora por algumas horas de outro serviço do município e estavam se reorganizando para dar conta da demanda de tarefas a serem realizadas.

O CAPS III está localizado em um bairro próximo ao centro, ao lado da sede da 10^a Regional de Saúde. Embora os dois serviços sejam de saúde, o primeiro é municipal e só atende aos municípios de Cascavel e o segundo, pertence à autarquia estadual, responsável pela organização da saúde em toda a região da 10^a RS. Contudo quero chamar a atenção para a localização dos estabelecimentos de saúde e suas redondezas. Do mesmo modo que não havia padarias, mercados, parques e praças próximos aos outros serviços de saúde mental, nesta unidade também não há.

Sendo assim, os usuários e familiares que ficam na recepção aguardando para atendimento não têm nenhum estabelecimento comercial que possa ser utilizado, nem mesmo para comprar um lanche. Diferentemente do CAPSi, onde a própria estrutura da unidade oferecia oficinas artesanais para as mães, enquanto aguardavam seus filhos, inserindo-as inclusive, na proposta de economia solidária, no CAPS III não tem prevista nenhuma atividade ou oficina para os familiares que aguardam as atividades dos usuários. Cabe lembrar que os usuários deste serviço possuem transtornos mentais severos e de acordo com Sonia Reis, alguns usuários possuem autonomia para se locomoverem sozinhos pela cidade, enquanto outros são totalmente dependentes dos seus cuidadores.

Em relação aos recursos físicos do CAPS III há um espaço relativamente amplo para o desenvolvimento das atividades internas e uma vasta área externa para atividades recreativas e esportivas, mas, a maior parte do terreno não é utilizada. De acordo com o Projeto Terapêutico do CAPS III, os recursos físicos da unidade estão constituídos por:

1 recepção; 2 consultórios para atividades individuais (consultas, entrevistas, terapias); 1 sala do administrativo; 1 almoxarifado; 6 salas para atividades grupais (oficinas terapêuticas); 1 refeitório com capacidade para oferecer refeições com o tempo de permanência de cada paciente na unidade; 1 sanitário com acessibilidade; 9 sanitários; 1 depósito para material de limpeza; 2 lavanderia; 2 áreas externa para oficinas, recreação e esportes; 1 quarto de plantonista; 2 enfermaria com 5 leitos de observação; 1 posto de enfermagem; 1 vestiário para funcionários, 1 cozinha e 1 despensa. (PROJETO TERAPÊUTICO, CAPS III, 2012)

Na conversa que tive com Sônia Reis, durante a segunda visita realizada ao serviço, a depoente informou que a estrutura do CAPS III era uma antiga maternidade privada. Ainda hoje o terreno e o prédio continuam sendo privados e o poder público municipal paga aluguel do espaço físico. Observe a imagem a seguir, aos fundos, na parte externa da unidade, há um pátio, uma sala (lado esquerdo da imagem) onde se realizam as oficinas artesanais e um muro que cerca a estrutura, limitando o acesso à uma extensa área verde existente além do muro.

Figura 39: Área Externa Localizada ao Fundo do CAPS III.



Fonte: Arquivo da Autora. Cascavel, 25/07/2017.

No lado direito da imagem é possível observar um portão, trancado com cadeado que dá acesso a outro espaço, uma área verde que fica aos fundos do serviço, mas não é utilizada. De acordo com Sônia Reis este espaço não é utilizado porque ele não é murado. Assim, do outro lado do terreno passa uma rua e as pessoas têm livre acesso a esta área. Fato que para a

depoente acaba muitas vezes se tornando um grande problema, pois como se trata de uma área com livre acesso à população, há pessoas que procuram a área para passar a noite, jogar lixo, fazer uso de substâncias ilícitas, entre outras. Segundo Reis, algumas vezes é necessário chamar a polícia para resolver a situação. Também é necessário que se realize a limpeza do espaço constantemente para evitar o acúmulo de lixo jogado pela população e, raramente se realizam ali atividades terapêuticas ou recreativas.

Figura 40: Fundo do Terreno do CAPS III.



Fonte: Arquivo da Autora. Cascavel, 25/07/2017.

Entretanto, o terreno pertence à mesma proprietária que, segundo a entrevistada mora em Curitiba e não tem interesse em investir na propriedade. Ao todo esta área da propriedade que não é utilizada representa cerca de metade do terreno onde se localiza o CAPS III. Não foi informado se o valor do aluguel do imóvel é pago pela totalidade do espaço ou apenas pela área utilizada. Todavia, refere-se a um amplo espaço que poderia ser aproveitado para realizar diversas atividades ao ar livre, como por exemplo, práticas esportivas ou atividades relacionadas ao uso da terra, como jardinagem e hortas.

Para a coordenadora do CAPS III, “quanto ao espaço físico para o número de pessoas que a gente atende hoje, a quantidade de oficinas, os atendimentos que a gente faz também precisaríamos de um espaço maior” (2017). Na conversa que tive com Sônia Reis durante a segunda visita realizada ao serviço, ela afirmou que a nova gestão pública demonstrou

interesse em construir futuramente uma sede própria para o CAPS III, pois a demanda de usuários do serviço é cada vez maior e serão necessárias alternativas para ampliar a estrutura e o acesso da população ao serviço.

Figura 41: Pintura na Parede Externa das Salas de Oficinas Artesanais



Fonte: Arquivo da Autora, Cascavel, 25/07/2017.

De acordo com a coordenadora, o serviço opera com a quantidade de profissionais mínima, pois a unidade possui “um psiquiatra de 20 horas semanais, que está em férias neste momento e outro de 16 horas, e 2 clínicos também com uma carga horária, ainda pequena, mas que estão dando suporte para este número de pacientes que a gente atende hoje.” (REIS, 2017). Mas, segundo os depoimentos este número de profissionais não é suficiente para atender toda a demanda de usuários que procuram o serviço, seria necessário pelo menos mais um profissional de cada área para não sobrecarregar ninguém (REIS, 2017). Para a psicóloga Patsy Bernardo,

Hoje nós temos uma demanda, uma lista de espera para as avaliações psiquiátricas, pelo número de pacientes atendidos que já estão inseridos e que têm o seu retorno de acordo com a necessidade, 15 dias, 30 dias, 45 dias,

60, então a agenda já fica superlotada, às vezes há um período de espera até de 30 dias para uma avaliação inicial com o psiquiatra, e aí a gente vai priorizando a gravidade do caso, o mais urgente. (BERNARDO Patsy, 2017).

A porta de entrada para acesso aos serviços ofertados pelo CAPS III ocorre através das UBS, USF, CASM, das Unidades de Pronto Atendimento Municipal (UPA), do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), além da procura espontânea.

Assim como nos outros serviços de saúde mental do município, o CAPS III, seguindo as normatizações do Ministério de Saúde, possui uma equipe multiprofissional, no qual desenvolve um trabalho conjunto, visando o bem estar do paciente. Nas palavras de Reis:

A equipe desenvolve um trabalho multiprofissional, todos os casos são discutidos nessa equipe, e posterior avaliação psiquiátrica. É um atendimento inicial e aí é discutido o plano terapêutico desse paciente, e qual é a sua necessidade, benefícios que ele terá frequentando os serviços, tendo esse acompanhamento e após essa discussão o terapeuta ocupacional, juntamente com o familiar e o paciente definem o plano terapêutico singular, e ele passa a frequentar as oficinas terapêuticas, grupos terapêuticos, que todos os profissionais desenvolvem, atividades externas complementar ao tratamento quando necessário e outras atividades que a gente consiga oferecer dentro do serviço também. Nós temos grupos com psicólogo, tem grupos por patologia, grupos de iniciantes, grupos de orientação só de apoio para a família e para os pacientes, grupo de cidadania com o serviço social, educação e saúde com a enfermagem, são atividades que complementam o tratamento, faz com que eles tenham entendimento sobre a doença deles, sobre a necessidade de seguir a orientação dos técnicos, de fazer o uso adequado dos medicamentos, e de saber também, o familiar, de como lidar com esse paciente em casa, qual o melhor manejo, quais os conflitos que estão acontecendo lá e com essas orientações são minimizados, e eles passam a ter uma qualidade de vida melhor. (REIS Sônia, 2017).

De acordo com Sônia Reis, a maioria dos usuários que frequentam o CAPS III são pessoas que, provavelmente, irão depender de medicamentos para o resto da vida. Segundo ela, não tem cura e o tempo de permanência em tratamento nos serviços de saúde mental depende muito de cada usuário. No entanto, seguindo as orientações da equipe de profissionais do CAPS e tomando as medicações necessárias, a possibilidade de manter a doença estabilizada é muito maior. Neste sentido, um dos trabalhos importantes desenvolvidos pelo CAPS é a compreensão da doença. Isto é, são realizados diversos encontros e reuniões para discutir a doença, para explicar para usuários e seus cuidadores como são as características do transtorno que cada um tem e, oferecendo um suporte de ajuda para que os cuidadores aprendam como lidar com o usuário em sofrimento mental.

O CAPS III oferece assistência psiquiátrica para usuários maiores de 18 anos, mas segundo a coordenadora do serviço, a média da faixa etária dos usuários está entre 30 e 70 anos. Geralmente estes usuários tomam medicamentos porque possuem transtornos mentais severos e graves. Segundo a psicóloga, é feito um acompanhamento individualizado, tanto da medicação como do plano terapêutico singular de cada paciente.

Para Sônia Reis, assim que o usuário chega à unidade é realizada uma entrevista inicial, cujo principal objetivo é identificar se o paciente possui realmente perfil para o CAPS III ou se é de competência para outros serviços da rede municipal de saúde.

A entrevista e avaliação inicial, todos os técnicos fazem, o psicólogo, o terapeuta, o enfermeiro, o assistente social, quando chega uma demanda espontânea é profissional que está disponível naquele momento. Ele vai fazer esse acolhimento, essa entrevista inicial, e aí já dão os encaminhamentos posteriores se essa pessoa tem o perfil para o CAPSIII, se é uma pessoa com transtorno crônico, que necessita dar continuidade ao acompanhamento no CAPS ou senão ele é encaminhado então para um serviço da rede que possa atendê-lo. (REIS Sônia, 2017)

Em relação às práticas terapêuticas, são ofertadas aos usuários do CAPS III diversas atividades, como: “oficina de artesanato, de música, uma oficina pedagógica, onde se trabalha alfabetização e outras disciplinas, como o português e a matemática, uma oficina de informática, costura, teatro, artes marciais, bio-dança e meio ambiente” (REIS, 2017), distribuídas e intercaladas entre manhã e tarde. Segundo a depoente, os usuários frequentam as oficinas de acordo com a afinidade e habilidades de cada um. A terapeuta ocupacional em conjunto com a equipe, familiares e usuário define sobre quais as atividades trariam mais benefícios ao paciente.

No início do turno é realizada a acolhida, alongamento e em seguida a distribuição dos usuários nas oficinas disponíveis para cada turno. Conforme informou Sônia Reis, em cada turno são ofertadas 5 oficinas e os usuários realizam pelo menos 3 delas. Dependendo do horário, desenvolvimento da atividade e disposição do paciente podem ser mais ou menos oficinas. Mas de um modo geral, se mantém a organização prevista.

Figura 42: Alongamento Matutino - Início das Atividades no CAPS III



Fonte: Arquivo da autora. Cascavel, 25/07/2017.

Figura 43: Pacientes Esperando para a Distribuição nas Oficinas do CAPS III



Fonte: Arquivo da autora. Cascavel, 25/07/2017.

Conforme consta no Projeto Terapêutico do CAPS III, “as oficinas terapêuticas têm por objetivo desenvolver atividades físicas e psicopedagógicas, que auxiliem na manutenção e potencialização das capacidades cognitivas e psicofísicas básicas” (PROJETO TERAPÊUTICO, 2012). Na perspectiva de Sônia Reis, procura-se a partir das atividades desenvolvidas a reinserção social do paciente à sociedade, reconstituindo a sua individualidade e participação em sociedade, exercendo seus direitos de cidadania. (REIS Sônia, 2017).

[...] Aquela oficina que vai trazer maior benefício para ele, para necessidade dele, então são essas oficinas. Alguns frequentam todas, também atendemos na modalidade oficina aberta, tem aquele paciente que ele não tem tolerância pra ficar o período da manhã fechado e o da tarde, então ele vem e faz uma oficina só ou duas e vai embora. Então é de acordo com a tolerância, com a questão do paciente, dele conseguir interagir com os outros e conseguir ficar nesse espaço, desenvolver alguma atividade, o benefício. A gente não foca na questão de que ele consiga fazer alguma coisa, só o fato dele vir para o serviço quando ele está em situação de isolamento, que ele está há muito tempo afastado da interação com outras pessoas já é um ganho, já é um benefício. Então ele permanece no serviço, em contato com os profissionais, vai observando os ambientes, os outros desenvolvendo atividades, mas não tem a obrigatoriedade de ter que desenvolver, ter que fazer alguma coisa também, as atividades são com o cunho terapêutico. (REIS Sônia, 2017).

Para a coordenadora do CAPS III, além das oficinas terapêuticas existem diversos grupos terapêuticos, como por exemplo, o grupo de psicologia, de assistência social, pedagógico, cada um focado em uma questão diferente para trabalhar as diferentes dimensões psicológicas e sociais do usuário do serviço. Inseridos nesta dinâmica de trabalho é possível observar alguns elementos do grupo terapêutico de psicologia, em que a psicóloga propõe algumas reflexões como regras para o grupo: compreensão mútua, auxílio na busca por respostas, não seguir rótulos, aceitação, amizade, união e manter sigilo.

Na perspectiva da psicóloga, estes pontos são fundamentais para o desenvolvimento do trabalho, pois como se trata de atividades realizadas em grupo é necessário que construam certas afinidades e relações de confiança, tanto um com outro, como com o profissional de referência para que os resultados sejam positivos ao tratamento. O processo de reabilitação social busca garantir que doente mental seja capaz de conviver em sociedade, compreender a sua doença e às pessoas que estão ao seu redor, bem como se perceber enquanto um ser único em suas especificidades. Para Silva,

Em outras palavras, o objetivo primário da reabilitação não é alcançar um modo de autonomia que equipare os sujeitos ao restante da sociedade, como

um ideal competitivo de habilidades ou de ‘normalização’, mas propiciar que, em sua diversidade, lhes seja possível estabelecer relações de troca que permitam aumentar suas oportunidades de alcançar uma inserção social mais satisfatória. (SILVA, 2014, p.148)

É importante destacar que todas as atividades propostas aos usuários são flexíveis, ou seja, caso a equipe de profissionais perceba que aquela determinada atividade não está dando certo ou não está trazendo benefícios terapêuticos para o paciente ou o grupo em que ele está inserido, há a possibilidade de fazer alterações no plano terapêutico singular. De acordo com o Projeto Terapêutico do CAPS III, o Plano Terapêutico Singular,

[...] Ou Clínica Ampliada possibilita à equipe multiprofissional uma ação positiva em direção ao paciente, a partir das diferenças internas e conflitos que surgem frente à subjetividade de cada um. As impressões individuais e a troca de informações facilitam a avaliação e análise dos casos bem como as intervenções a serem realizadas diante de cada situação. Uma vez definida a hipótese diagnóstica, é possível pensar em uma proposta que atenda as necessidades do paciente em curto, médio e longo prazo. É possível também definir quem ou quais serão os profissionais que irão levar a proposta ao paciente e acordar com ele e seus familiares as etapas e compromissos de seu acompanhamento no serviço. (PROJETO TERAPÊUTICO, CAPS III, 2012).

Durante as oficinas os usuários dos serviços realizam diversas atividades, entre elas, algumas peças de artesanato e pinturas em tela que são verdadeiras obras de arte, pela beleza e riqueza de detalhes. Segundo Sônia Reis, na atividade de pintura em telas muitos pacientes que nunca tinham tido contato com tintas e pincéis fizeram obras belíssimas. Como por exemplo, a tela a seguir foi elaborada por uma senhora que frequenta o CAPS III, mas que nunca havia feito nenhum tipo de pintura.⁶⁸

⁶⁸ No ano de 2016 foi lançado um filme brasileiro intitulado “Nise: Coração da Loucura”, que retrata a vida de uma psiquiatra brasileira na década de 1940, que por diversos motivos, assume a ala abandonada de terapia ocupacional de um hospital psiquiátrico no Rio de Janeiro. A partir disto, Nise da Silveira interpretada por Glória Pires, inicia um trabalho diferenciado com seus pacientes, utilizando como terapia, principalmente a arte, com pinturas em telas, confecção de artesanatos, entre outras diversas atividades. Em um período marcado pela violência no tratamento psiquiátrica, o psiquiatra propõe a recuperação dos pacientes através do amor e da arte. Ficha Técnica – Título: Nise: O coração da Loucura; Data de lançamento: 26/04/2016; Direção: Roberto Berliner; Gênero: Drama/Biografia; Nacionalidade: Brasileiro. Disponível em: <http://www.adorocinema.com/filmes/filme-240724/>. Acesso em: 10/04/2017.

Figura 44: Flores (Gentila) - Pintura em Tela



Fonte: Arquivo da autora. Cascavel, 25/07/2017.

As pinturas em tela estão inseridas na oficina de artes e fazem parte das atividades de cunho terapêutico desenvolvidas pelos profissionais. De acordo com o Projeto Terapêutico do CAPS III,

A Oficina de Artes tem por finalidade estimular a criatividade, motivação e construção de vínculo através de atividades livres e dirigidas. Esta oficina objetiva desenvolver diversos aspectos cognitivos, motores e emocionais, dentre eles: a atenção, concentração, sequenciação, organização espacial, coordenação motora global e fina, dosagem muscular, raciocínio lógico e abstrato e, em especial, desenvolver habilidades expressivas, ampliando a sensibilidade, a percepção, reflexão e a imaginação, utilizando-se das diferentes técnicas, materiais, cores e formas, produzidas pelo paciente e por seus colegas. (PROJETO TERAPÊUTICO, CAPS III, 2012).

Na primeira visita realizada no CAPS III havia varias pinturas expostas pelos corredores do serviço. Já na segunda visita, as pinturas não estavam mais presentes no local. Ao indagar Sônia Reis sobre as pinturas, ela informou que havia uma exposição das pinturas

dos usuários do serviço na Sala Verde, um espaço destinado a exposições de obras de arte da Biblioteca Pública Municipal de Cascavel.

Figura 45: Cartaz da Exposição “Multiversos CAPS III: A Arte no Viés Terapêutico”.



Fonte: Biblioteca Municipal de Cascavel. Arquivo da Autora, Cascavel, 25/07/2017.

A exposição intitulada “Multiversos Caps III: A arte no viés terapêutico”, apresenta as obras produzidas pelos pacientes/artistas que frequentam o serviço. Embora o foco da exposição não seja a venda de telas, mas sim mostrar e divulgar o trabalho realizado pelos serviços de assistência à saúde mental existente na cidade, as telas estavam sendo vendidas no local da exposição. Inclusive, algumas delas já estavam reservadas para algum cliente retirar depois que a exposição encerrasse. Na perspectiva da coordenadora do CAPS III,

Não é um foco de venda, promoção e comércio, mas a gente também sempre que é possível realiza bazar, feiras, divulgação, exposição, dos trabalhos que eles realizam e quando o público quer comprar também a gente comercializa, mas não são feitos esses trabalhos artesanais, as telas que tem a professora de artes plásticas não é com o foco da venda, do comércio, mas voltado ao desenvolvimento das capacidades, das habilidades deles. (REIS Sônia, 2017).

Figura 46: Telas dos Usuários do CAPS III - Exposição "Multiversos"



Fonte: Biblioteca Municipal de Cascavel. Arquivo da autora, 25/07/2017.

Figura 47: Telas Reservadas dos Usuários do CAPS III - Exposição "Multiversos"



Fonte: Biblioteca Municipal de Cascavel. Arquivo da autora, 25/07/2017.

Na perspectiva de Dantas (2006) é importante destacar que quando falamos de expressões artísticas de doentes mentais com transtornos mentais agudos e severos (como o caso dos usuários do CAPS III), estamos nos referindo à participação e inserção do sujeito em

seu meio social e as pinturas representam uma forma de expressão social. Independente da técnica utilizada durante as oficinas sejam elas de criação livre, inspiração em outras obras ou sugestões do profissional, as pinturas apresentam uma linguagem, uma possibilidade de comunicação do usuário consigo mesmo, com o profissional, com o grupo, seus familiares e com os visitantes da exposição.

O fato das oficinas serem de participação livre, ou seja, nenhum usuário é obrigado a participar das atividades terapêuticas, proporciona aos sujeitos a liberdade de escolha no processo de produção das obras, especialmente pela possibilidade de poder fazer ou não o trabalho. De acordo com Ferraz (1998) citada por Dantas (2006), ao se trabalhar com a arte, “pretende-se com essas atividades fazer com que os pacientes aprendam a lidar com seu imaginário e tomar consciência do valor cultural de seus trabalhos, ou seja, mostrar que por intermédio da arte podem integrar-se ao mundo externo.” (FERRAZ, 1998, p.111-112, apud. DANTAS, 2006, p. 32).

Segundo Dantas (2006, p. 33), “Adamson considera que as razões para se promover a exposição de trabalhos artísticos feitos por esquizofrênicos são, sobretudo, didáticas e não estéticas”. Seguindo essa perspectiva, é possível observar que a exposição “Multiversos”, atende às estas duas funções mencionadas: didáticas, pois promove a valorização das obras produzidas permitindo seu reconhecimento através da arte, motivação dos usuários ao interesse de participação das atividades propostas, exposição ao público do trabalho realizado no CAPS III, contribuindo para desmistificação da visão sobre o doente mental e, ao mesmo tempo estética, pois proporciona ao visitante o deleite de obras de arte belíssimas.

Além das telas produzidas pelos usuários do CAPS III, outros trabalhos artesanais também são vendidos. De acordo com a coordenadora do serviço, os principais compradores dos produtos elaborados pelos usuários são as próprias famílias que, muitas vezes, acabam comprando como uma forma de incentivar, valorizar e potencializar o desenvolvimento do familiar com transtorno mental. Segundo Sônia Reis, o CAPS III fornece todo o material que será utilizado durante as oficinas. Todo ano é feito um pregão anual de materiais a serem consumidos pelo serviço e sempre que possível realiza-se a venda dos produtos artesanais confeccionados durante as oficinas terapêuticas. A depoente afirma que todo o dinheiro arrecadado com as vendas é revertido em benefícios deles próprios, como compras de materiais para as oficinas e festas comemorativas dentro do serviço. Em suas palavras:

Quando a gente também consegue comercializar para as famílias que são os nossos maiores compradores digamos assim, os que compram os produtos

que eles produzem nas oficinas. Então também a gente utiliza esse dinheiro para repor esses materiais. Porque é um dinheiro que tem ser revertido para eles, um benefício daquilo que eles estão fazendo. Então em algum momento a gente pode trabalhar num projeto de geração de renda, nesse momento a gente não tem nenhum em andamento. Mas estamos com dois em discussão, que será ministrado por um terapeuta ocupacional. Então tem dois projetos e aí esse projeto de geração de renda, o que é comercializado parte desse dinheiro é dividido entre os pacientes que participam desses projetos específicos. Então, mas o que é comercializado a gente faz os aniversariantes do mês que a gente sempre procura fazer um bolo, refrigerante, um lanche diferente, comemorar, que muitas famílias nem lembram o dia do aniversário deles. Nós procuramos trazer nessas datas, final de ano, a gente tem essa confraternização com almoço, a cada páscoa procura dar um chocolatinho, uma coisa assim sempre utilizando disso que sai do que é vendido nessas oficinas. Então a gente não tem esse foco do comércio em si, mas sempre que é possível e que tem esse dinheiro a gente utiliza em função deles também. (REIS Sônia, 2017)

O Ministério da Saúde elaborou no ano de 2005 um documento sobre economia solidária e saúde mental. Este documento de 134 páginas foi escrito após a realização de oficinas relacionando mundo do trabalho, exclusão/inclusão social, doença mental e geração de renda. O debate ocorreu em consonância com a reforma psiquiátrica e o mote principal das oficinas realizadas no encontro teve entre outros objetivos gerar um debate, elaborar estratégias para garantir a inclusão social dos doentes mentais no mundo do trabalho. De acordo com o documento intitulado *Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão Social pelo Trabalho*,

O trabalho é resultado do compromisso assumido pelos dois ministérios e pelo governo federal e expresso pela Portaria Interministerial nº 353, de 7 de março de 2005, de incluir definitivamente a aliança entre Saúde Mental e Economia Solidária na agenda social da política brasileira. (BRASIL, 2005, p. 8).

Tal documento foi elaborado em um momento de mudanças estruturais na política de assistência à saúde mental, em que os hospitais psiquiátricos estavam em pleno processo de fechamento, enquanto que os doentes mentais estavam saindo dos manicômios e acabavam não sendo absorvidos pelo mercado de trabalho. Militantes da reforma psiquiátrica com a colaboração de outras secretarias ministeriais buscavam elaborar estratégias para minimizar os impactos negativos que o internamento proporcionava ao convívio social dos usuários dos serviços de saúde mental, através da geração de renda e da economia solidária.

Conforme um dos textos deste documento, escrito pelo Secretário Nacional de Economia Solidária da época, Paul Singer, a economia solidária pode estar diretamente ligada

à saúde mental e pode contribuir de forma significativa para que pessoas com transtorno e/ou em sofrimento mental possam se inserir no mercado de trabalho através da geração de renda propiciada pelo debate em torno da economia solidária.

A economia solidária e o movimento anti-manicomial nascem da mesma matriz – a luta contra a exclusão social e econômica. Uns são excluídos (e trancafiados) porque são loucos, outros porque são pobres. Há ricos, que enlouquecem porque empobreceram e há pobres, que enlouquecem porque ninguém os nota (o que é uma forma particularmente cruel de exclusão). A matriz comum de ambos é uma sociedade que fabrica pobres e loucos de modo casual e inconsciente. A economia solidária é a resposta organizada à exclusão pelo mercado, por parte dos que não querem uma sociedade movida pela competição, da qual surgem incessantemente vitoriosos e derrotados. É antes de qualquer coisa uma opção ética, política e ideológica, que se torna prática quando os optantes encontram os de fato excluídos e juntos constroem empreendimentos produtivos, redes de trocas, instituições financeiras, escolas, entidades representativas, etc., que apontam para uma sociedade marcada pela solidariedade, da qual ninguém é excluído contra vontade. Parece-me que a reforma psiquiátrica também se compõe dos que optam por uma sociedade sem manicômios (e o muito que isso implica), que se unem aos sofredores psíquicos para construir com eles as pontes institucionais que levam à reinserção econômica e social dos mesmos [...]. (BRASIL, 2005, p. 11)

Os usuários do serviço do CAPS III são sujeitos com transtorno mental ou sofrimento psíquico de alta ou média complexidade. Alguns conseguem levar uma vida estabilizada, e se inserem socialmente, podendo inclusive, voltar a ser inserido no mercado de trabalho, embora, esta seja uma pequena parcela dos usuários. No entanto, conforme afirmaram a psicóloga e a coordenadora do CAPS III, estes usuários acabam enfrentando grandes dificuldades ao procurar emprego por haver uma resistência por parte dos empregadores quando ficam sabendo que o futuro funcionário toma medicamento ou frequenta o CAPS.

Segundo Patsy Bernardo, quando se realiza a escuta e o debate em grupo, os usuários trazem a denúncia, a de serem estigmatizados. Para a depoente, muitos empregadores durante a entrevista questionam: “A você tem uma depressão, né, você tem crise?” (2017) e, por preconceitos acabam não contratando. Segundo Silva:

As principais dificuldades dos pacientes estão relacionadas com a perda da autonomia para realizar as tarefas da vida cotidiana, a ausência de rede social de apoio, alta dependência de outras pessoas, sobrecarga familiar, dificuldades laborais e problemas associados com o estigma e com a dependência econômica. (SILVA, 2014, p. 148).

De acordo com Bernardo, outro elemento comum trazido pelos usuários é o estigma que eles carregam consigo, como por exemplo, “lá vem o louco da rua” e todas essas questões acabam “mexendo muito com eles” (2017), podendo tornar-se um dificultador na recuperação ou estabilização do usuário. Na perspectiva da coordenadora do CAPS III o preconceito em relação ao acesso ao trabalho ainda é muito significativo. Por mais que a reforma psiquiátrica tenha promovido diversos avanços em relação à visão sobre o “louco”, ela ainda é bastante estigmatizada e marcada por séculos de uma história da loucura relegada à exclusão do louco do convívio social. Nas palavras de Sônia Reis:

Eu vejo ainda bastante forte essa questão do preconceito com relação a questão das áreas de trabalho, o fato quando a pessoa menciona que toma algum medicamento controlado, frequenta o CAPS, faz um acompanhamento psiquiátrico, isso já é um dificultador para que ela não seja contratada, para que ela não seja selecionada para isso. Nós temos pacientes que omitem isso e aí eles conseguem se inserir no mercado de trabalho, mesmo fazendo uso de medicamentos, mesmo vindo em CAPS ou ambulatório. Enfim estando a anos em tratamento psiquiátrico, já passando por internamento, mas eles omitem e eles são beneficiados. Nesse sentido assim, a partir do momento que assume que é um paciente psiquiátrico, que ele faz uso de medicamentos, ele é excluído dessas possibilidades, na questão social também. Ainda há muito a visão das pessoas sobre os pacientes do CAPS, que é louco, sentem medo, que ele é perigoso, e a gente que convive com eles diariamente sabe que não é assim, mas por falta de informação, por parte da sociedade, acredito eu, de conhecimento, de convívio e de contato com eles é que as pessoas têm essas atitudes. (REIS Sônia, 2017)

Neste sentido, é possível perceber que uma das preocupações do CAPS III é a reinserção social dos sujeitos e, na medida do possível, inseri-los no mercado de trabalho também, dando-lhes a atenção necessária para potencializar suas habilidades e contribuir para que levem uma vida saudável e estável psicologicamente. Entretanto, assim como em outros serviços, a unidade enfrenta o problema da falta de atenção e de verbas do poder público, falta infraestrutura e mais profissionais para se adequar a demanda de usuários existente na cidade.

5.4: HUOP: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO OESTE DO PARANÁ – UNIOESTE (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ)

O Hospital Universitário do Oeste do Paraná iniciou o atendimento psiquiátrico em fevereiro de 2007 por uma determinação judicial. Desde então, o HUOP passou a oferecer atendimento para desintoxicação de crianças e adolescentes usuários de drogas. De acordo com as informações obtidas durante a pesquisa, através de depoimentos e reportagens, a oferta do atendimento em psiquiatria acabou gerando diversas polêmicas envolvendo o papel do HUOP na sociedade.

Antes de iniciar algumas considerações sobre o Hospital Universitário, quero destacar que não tive acesso direto ao HUOP. Foram várias tentativas de contato com a equipe da psiquiatria, do setor administrativo, pedagógico e não tive acesso a nenhuma documentação do hospital ou entrevistas com profissionais que atuam neste setor. O único contato realizado, no qual obtive sucesso, não foi realizado pelas vias formais da pesquisa. Portanto, primeiramente apresentarei o Hospital Universitário do Oeste do Paraná a partir da primeira e única impressão que tive do hospital a partir da pesquisa de campo e, posteriormente, vou lançar algumas reflexões sobre o processo de implantação da psiquiatria no hospital universitário, a partir de depoimentos e reportagens sobre este objeto.

Em virtude do que foi mencionado, após várias tentativas frustradas de contato com a equipe do HUOP para realizar a pesquisa nos arquivos e com os profissionais de saúde do atendimento psiquiátrico do hospital, resolvi me deslocar até a cidade de Cascavel com a intenção de conhecer o setor de atendimento psiquiátrico. Chegando ao HUOP naquela manhã me dirigi a uma das recepções onde havia funcionários⁶⁹ e vários pacientes esperando para serem atendidos.

Dirigi-me a um dos funcionários e informei que iria ao setor administrativo e, ele liberou minha entrada. Ao entrar no HUOP a poucos metros da recepção havia uma placa que indicava o setor de psiquiatria. Quando visualizei esta placa, mudei minha direção e fui até a porta indicada. Na porta ao fundo com a imagem de um homem vislumbrando o céu, a liberdade ou implorando a ajuda de Deus é a entrada para o setor de psiquiatria. Os corredores vazios, área tranquila e silenciosa, sem o tumulto que geralmente se observa em hospital público. Não tinha placa ou bilhete nenhum na porta, então tentei abri-la, mas estava fechada.

⁶⁹ Como forma de preservar a identidade do funcionário, não revelarei nomes, nem as funções desempenhadas dentro da instituição. E quando citar suas falas, utilizarei a denominação de “o informante”, tanto para o servidor que me permitiu a visita à ala, como para o servidor que me atendeu ao telefone.

Caminhei um pouco mais em um corredor vazio e, ao passar uma pessoa por mim, perguntei se a ala psiquiátrica estava fechada e o rapaz informou que era só tocar a campainha.

Parei diante da porta, silêncio total, apertei a campainha e, após alguns segundos uma pessoa abriu a porta e me informou que a ala de psiquiatria estava fechada para dedetização do ambiente. De acordo com o informante, os internos da psiquiatria foram sendo liberados aos poucos e no dia anterior havia recebido alta o último interno. A ala ficaria fechada por dois dias e logo em seguida voltaria o atendimento ao normal. Portanto, a ala psiquiátrica estava vazia. Perguntei se poderia conhecer a ala e gentilmente minha entrada no espaço foi permitida. Como não obtive uma autorização por escrito para conhecer a ala psiquiátrica, também não consegui realizar nenhum registro fotográfico do ambiente. Assim, a descrição será realizada como um relato de experiência vivenciado por mim durante a pesquisa. Sem ter acesso a documentos oficiais o relato é a partir do que observei na ala de psiquiatria.

A ala psiquiátrica do HUOP possui 17 leitos para desintoxicação de crianças e adolescentes, podendo ficar de 15 a 30 dias internados. Ao que pude visualizar, o espaço físico destinado à psiquiatria é bem limitado, possuindo cerca de 250 m². No corredor que dá acesso à ala, há exposição de alguns trabalhos de pintura realizados pelos pacientes. Na pequena sala de entrada há armários para guardar os pertences dos internos e dos visitantes. Em todas as paredes há desenhos, pinturas e frases feitas pelos internos durante as oficinas terapêuticas que são realizadas. As frases geralmente relacionadas às mensagens de superar os desafios, “vencer” na vida e de cunho religioso.

O setor psiquiátrico possui 1 consultório médico, 5 quartos com 5 leitos em cada um deles, totalizando 25 leitos de acordo com o informante. Todavia, no momento da visita, visualizei apenas 3 leitos em cada quarto. Os quartos são pequenos e possuem janelas grandes de vidro, que facilitam a visualização de quem está fora do quarto, isto é, permite à equipe médica a vigilância constante dos pacientes. De acordo com o informante, não há espaços distintos para meninos e meninas, realizam atividades juntos, porém ficam em quartos separados. Na parte dos fundos há um espaço para os internos tomarem sol. Este espaço é coberto por grades para impedir a fuga dos internos. A ala possui um refeitório e uma sala de descanso, com sofá, jogos de mesa, tabuleiro, 2 computadores e TV para jogos de videogame.

É importante destacar que o internamento acontece quando já se esgotaram todas as alternativas de atendimento e não surtiram efeitos positivos, quando o adolescente não consegue aderir ao tratamento em aberto. O internamento no HUOP é uma complementação na rede de apoio à saúde mental. Conforme as informações obtidas durante a visita, geralmente os internos da ala psiquiátrica do HUOP são “barra pesada”. Em outras palavras,

geralmente as crianças e adolescentes que passam por ali, têm passagem pela polícia, seja por envolvimento com algum ato infracional, como roubo, homicídio, tráfico ou uso de drogas.

Como não tive acesso direto aos documentos e servidores do HUOP, os contatos estabelecidos com a equipe, se deram de maneira distinta ao caminho formal da pesquisa. Sendo assim, as informações a seguir foram obtidas a partir de contato telefônico com o hospital. De acordo com a informação via telefone, os usuários ficam um período de 30 a 40 dias internados no HUOP para desintoxicação e, nos primeiros 15 dias é completamente restrita a saída do hospital. Muitos não conseguem ficar em período de abstinência e por isso há necessidade de ficar internado, com medicamentos e supervisionado por uma equipe de enfermagem. Como o período de abstinência é complicado, alguns passam mal, sentem tremores, além disso, alguns também possuem esquizofrenia o que acaba dificultando a desintoxicação. De acordo com o informante, nestes primeiros dias o paciente acaba ficando “fissurado” e pode surtar simplesmente por ver alguém fumando ou ver uma “bituca” de cigarro no chão. Mas após este período inicial de desintoxicação, o adolescente passa a realizar outras atividades extra muro, como os demais pacientes.

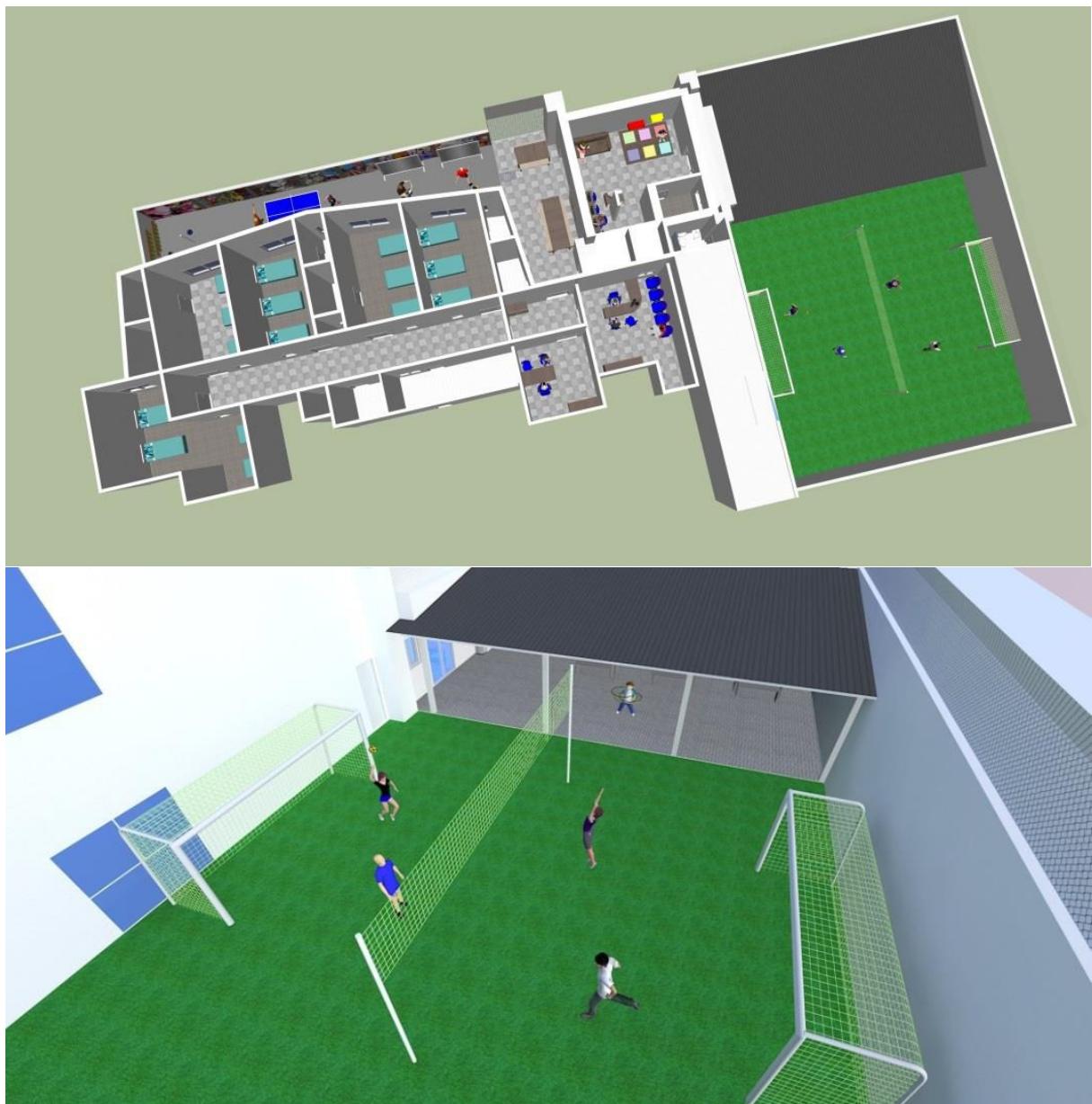
Enquanto estão internados, há horário para tudo: comer, tomar banho, fazer atividades, dormir. Há uma rotina com horários pré-definidos que todos devem seguir. Como já ocorreram diversos casos de violência, brigas, estupro e outros tipos de agressões na ala de psiquiatria, os internos ficam o tempo todo sob vigilância e, para evitar que tais práticas voltem a acontecer, na hora de dormir os quartos ficam trancados para impedir que os adolescentes passem de um quarto para outro e mantenham relações sexuais, cometam estupros ou agredam outros internos.

Segundo o informante, os adolescentes realizam diversas atividades durante o dia. Todos os dias das 15 às 17 horas um profissional do SAREH – Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar vai até o HUOP e desenvolve trabalhos educacionais com os internos. Há também atividades manuais, como por exemplo, confecção de artesanatos e ainda, passeios fora do hospital. No entanto, estas não são permitidas para todos os internos, pois alguns possuem um histórico de agressão em convívio social que é preciso tratar primeiro, para que ele possa realizá-las afim de uma interação social maior.

No Plano Diretor do HUOP (2013-2017) consta como plano de meta a reforma e ampliação da ala de desintoxicação, incluindo como parte desse plano a construção de uma quadra esportiva com grama sintética para a realização das atividades recreativas com os internos com uma previsão orçamentária de R\$86.000,00 marcando início em março de 2014 e término em maio de 2014. Todavia, passados mais de 3 anos, de acordo com o informante,

apenas em 2017 é que está sendo concluída a construção da quadra para otimizar o tempo de internamento e tratamento do paciente.

Figura 48: Planta do Projeto de Reforma da Ala de Desintoxicação do HUOP



Fonte: PARANÁ, Plano Diretor do HUOP (2013-2014).

A porta de entrada para o internamento no HUOP é através do serviço de referência dos municípios de residência dos usuários. Primeiramente é necessário ingressar na rede, ou seja, passar por um atendimento inicial junto a UBS, USF, UPA, CAPSi ou CAPSad da cidade ou ainda, por meio de determinação judicial. Os leitos do HUOP são prioritários para o município de Cascavel e região, no entanto, os leitos também estão inseridos na central de

leitos do Estado. Esta central é controlada pela Secretaria da Saúde do Estado do Paraná—SESA, em que todos os municípios lançam o pedido de internamento psiquiátrico através deste sistema online e ficam aguardando a vaga nos hospitais psiquiátricos ou em hospital geral com leito psiquiátrico distribuído pelo Estado. Na perspectiva do Promotor de Saúde Pública, Ângelo Mazzuchi,

Só vão entrar pacientes que a rede prescreve essa forma de suporte de tratamento, o hospital não tem porta aberta pra outro que não é da rede. Nenhum paciente que venha de qualquer lugar trazido pela família é admitido lá, não é possível. As vagas vão pra central de leitos e a família não consegue acessar vaga desse hospital, nenhum paciente que vá voluntariamente, um adolescente que bata na porta do hospital e queira ser internado, atendido porque está em situação desesperadora não o será, ele vai ser encaminhado para o serviço assistencial que não é saúde, ele é um serviço multifacetado, como determina a política antimanicomial: ele tem serviços de saúde, com serviços de assistência social e com serviços de educação, esse serviço de saúde, assistência social e educação formam uma rede multifacetada de serviços que absorvem esse indivíduo, dada as circunstâncias a atenção é focada no CAPS. O CAPS é a porta de acesso do Hospital Universitário, são eles que fazem a solicitação para central de leitos, e o hospital absorve dentro de um plano geral uma proposta geral terapêutica, que está documentada. Então não existe a menor possibilidade daquele serviço absorver paciente que não tenha esse perfil, o que pode acontecer é que o paciente seja rejeitado pelo serviço ou porque excede naquele momento o número de vagas, ou porque ele não tem o perfil para aquele serviço, e aí vai procurar vaga dentro de um outro perfil como de fato é o que acontece com todos os demais sistemas de tratamento da rede. O HU tem muitas dificuldades e muitos defeitos, mas um dos defeitos que não tem é justamente o desvio dos serviços para outra clientela, não é possível, não tem como. (MAZZUCHI Ângelo, 2017)

Ao todo, o Paraná possui 21 leitos psiquiátricos infantojuvenis em hospitais gerais do Estado, sendo que 17 leitos pertencem ao HUOP em Cascavel e 4 leitos no Hospital Infantil Waldemar Monastier em Campo Largo, próximo a Curitiba. Há também 198 leitos para crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos em todo o estado. (PARANÁ, 2016, p. 36-37). Segundo Ângelo Mazzuchi, o HUOP “é o único hospital universitário do Paraná que criou 10% de seus leitos para atendimento à pacientes, crianças e adolescentes com síndromes e com agravos decorrentes de doença mental e dependência química.” (2017).

Ao analisar o número de leitos para este público, comparando-os com os leitos destinados aos adultos, é possível perceber que há certa discrepância. Entretanto, podemos buscar uma explicação na historicidade nas duas modalidades de assistência. O tratamento destinado ao doente mental adulto, remonta como aponta Foucault (1972), desde a antiguidade. Em relação à saúde mental infantojuvenil, como aponta Lima (2014) é ainda

recente. Para o autor, “de 1880 até os anos de 1920, a psiquiatria começou a se interessar pelo estudo da infância dos loucos e tentou encontrar na criança, os mesmos quadros que afetavam os adultos.” (2014, p. 230). Conforme vimos anteriormente, a noção de infância passa por diversas alterações ao longo do tempo. Na perspectiva de Lima (2014), ao final do século XIX e início do século XX, , a criança era vista e tratada como miniatura do adulto, isto é, ainda não havia a compreensão das particularidades das doenças mentais infantojuvenis. Para o autor:

Apenas a partir dos anos 1930, começa a surgir uma psiquiatria infantil mais autônoma. A influência da psicanálise no campo psiquiátrico ofereceu um referencial teórico para se entender as particularidades da vida psíquica da criança e, a partir daí, seus desvios e formas de sofrimento. (LIMA, 2014, p. 230).

De acordo com Lima (2014), a maior parte dos países, incluindo o Brasil, até o início do século XXI não possuía programas e políticas públicas voltadas para os cuidados assistenciais de saúde mental dessa faixa etária. “Mesmo no âmbito da reforma psiquiátrica, a maioria das questões do campo infantil permaneceu fora de pauta por muito tempo.” (p.231). No Brasil, apenas em 2005 o MS publicou o primeiro documento, denominado *Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infantojuvenil* que objetivava direcionar as políticas públicas para este grupo. Segundo este documento;

Até recentemente, a lacuna existente no setor público favoreceu a criação e o fortalecimento de instituições totais, cujo modelo de atenção não focaliza ações e propostas terapêuticas que visem a uma atenção integral, voltada para a reinserção familiar, social e cultural. (BRASIL, 2005b, p.10)

Diante do exposto é possível observar que mesmo com a publicação do ECA em 1990, este público permaneceu excluído dos hospitais e dos tratamentos psiquiátricos, institucionalizados apenas em instituições filantrópicas e em abrigos, sem nenhuma relação com o tratamento em saúde mental. Para o autor:

Na I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, quase todas as propostas dirigidas a essa faixa estaria se referiam ao tema da internação psiquiátrica dos jovens. [...] A II Conferência, em 1992, já não abordava apenas o tema da internação psiquiátrica infantil, embora houvesse poucas referências a crianças e adolescentes em seu relatório final. Houve a proposta da criação de uma comissão da proteção dos direitos da cidadania de crianças e adolescentes portadores de sofrimento mental e a resolução de enfatizar temas de saúde da criança para as equipes de saúde, além de indicar

a necessidade de desinstitucionalizar jovens em instituições para menores. Apenas na III Conferência, em dezembro de 2001, é que a saúde mental da infância e adolescência cresceu e apareceu. (LIMA, 2014, p.321-2)

Na perspectiva de Lima, durante a III Conferência de Saúde Mental, diversos profissionais de saúde se reuniram para debater a questão da saúde mental infantojuvenil, defendendo a prerrogativa de uma rede que envolvesse diferentes setores, entre eles, a educação, cultura e esporte. No relatório final dessa conferência, os grupos que debateram o tema, defenderam a ideia de que jovens com sofrimento mental e/ou usuários de drogas, quando esgotassem as possibilidades do tratamento através dos serviços substitutivos e houvesse a necessidade de internamento, deveriam ser feito em hospitais gerais. (LIMA, 2014, p. 232).

Entretanto, passaram-se 17 anos desde que o tema entrou de vez nos debates sobre saúde mental e ainda é possível perceber que há certas limitações para o atendimento e tratamento desse grupo. Como exemplo dessa limitação, observa-se que foi necessária a interferência da justiça em um dos hospitais, para que passasse a ofertar assistência à saúde mental infantojuvenil.

De acordo com Mazzuchi, os 17 leitos para internamentos de crianças e adolescentes no HUOP foram imposto por ordem judicial de uma proposta pelo próprio promotor. Para Mazzuchi, a Unioeste sempre resistiu à implantação desse serviço. Mas a partir da ação julgada, a determinação judicial impôs a abertura de 10% de seus leitos para assistência psiquiátrica, como determina a Lei Nº 10.216/01. Sendo assim:

Sob pena de multa aos gestores da UNIOESTE e bloqueio de valores da própria UNIOESTE. Portanto ele é um serviço imposto à UNIOESTE, o Hospital Universitário nunca quis, ou seja, a direção do Hospital Universitário e a reitoria da UNIOESTE nunca quiseram nem aceitaram esse serviço. Tiveram que aceitar porque havia uma imposição legal. Portanto as melhorias pra esses serviços sempre são melhorias impostas por uma condição legal. (MAZZUCHI Ângelo, 2017)

Conforme o depoimento do Promotor de Saúde Pública havia uma demanda crescente de crianças e adolescentes que precisavam de assistência à saúde mental. Com base na reforma psiquiátrica, a prioridade de atendimentos para este público baseia-se em uma rede aberta e extra-hospitalar. Entretanto, em muitos casos faz-se necessário o internamento para desintoxicação, como uma forma inicial de tratamento. De acordo com as informações contidas na Ação Civil Pública contra o HUOP:

Sói acontecer que adolescentes desenvolvam surtos psicóticos ou, graves crises de abstinência, passando a necessitar de leitos psiquiátricos em hospital geral, até a superação da crise e retorno à terapia na rede extra-hospitalar, mas na região de Cascavel não há este serviço e, muito menos, para adolescentes, de tal forma que uma vez em crise, o atendimento cessa, gerando o abandono do tratamento e, consequente retorno às drogas, de sorte que este se trata de um serviço de saúde essencial para formar a rede de apoio à saúde mental, em especial para tratar dependência química e outros sofrimentos mentais de adolescentes. Ocorre, porém, que nenhum hospital privado aceita credenciar leitos para este fim e, o Hospital Universitário do Oeste do Paraná, pertence à UNIOESTE, embora seja o único hospital geral público em toda região oeste do Paraná e, tenha por diversas razões legais, o dever de dispor deste serviço, recusa-se terminantemente, a abrir uma ala psiquiátrica com o equivalente a 10% de seus leitos, não restando outro caminho senão a cominação judicial da obrigação de fazer, objeto desta demanda. (AÇÃO CIVIL PÚBLICA, 2006, p. 1).⁷⁰

Na ação judicial apresentada ao Ministério Público, o proponente argumenta a necessidade e obrigatoriedade do HUOP implantar leitos psiquiátricos em suas dependências a partir de seu caráter de instituição estadual que presta serviço de saúde pública por meio de custeio de verbas vindas do setor público. Neste sentido, é seu dever prestar atendimento nos ditames da lei. Conforme este documento, em seu item 8.3, na página 14, afirma que:

A UNIVERSIDADE DO OESTE DO PARANÁ tem negado a prestação do serviço de saúde na área de saúde mental, dizendo que não tem condições para tanto. Isso, porém, não corresponde à verdade, pois o HUOP tem plenamente condições de fazer frente ao serviço pretendido, tanto no aspecto estrutural, quanto no plano econômico e, ainda, quanto a suporte técnico e de pessoal. (AÇÃO CIVIL PÚBLICA, 2006, p. 14).

Por meio deste documento o Promotor Ângelo Mazzuchi demonstrou a possibilidade de abertura dos leitos psiquiátricos em termos físicos, de recursos humanos e financeiros. Segundo o documento o HUOP teria todas as condições possíveis para abertura desta ala, no entanto, demonstrava-se relutante para implantá-la. Em relação às condições estruturais do HUOP, o documento expõe quais espaços seriam necessários para a implantação da ala psiquiátrica, mencionando inclusive o fato de “que recentemente o HUOP teve uma ala de 30 leitos totalmente desativada, isso porque esse setor físico do hospital era usado por pacientes da União Oeste Paranaense de Estudos e Combate ao Câncer- UOPECCAN, uma instituição que trata pacientes com câncer e que, desde meados de 2005 saiu daquela enfermaria [...]”

⁷⁰ AÇÃO CIVIL PÚBLICA, apresentada pelo Promotor Ângelo Mazzuchi ao EXMº Juiz de Direito da Vara da Infância e a Juventude da Comarca de Cascavel/PR contra a Universidade Estadual do Oeste do Paraná, responsável pelo Hospital Universitário – HUOP. Cascavel, 18 de julho de 2006. Disponível em: goo.gl/FwkQgU. Acesso em 15/10/2015.

(2006, p.14). Ainda, de acordo com o documento, por se tratar de um hospital já existente, seriam necessárias poucas adaptações em sua estrutura.

Outra questão argumentada na Ação Pública refere-se aos recursos humanos. Conforme o texto do documento, os recursos humanos necessários ao atendimento psiquiátrico poderiam ser aproveitados do próprio quadro de servidores já existente no HUOP. Por se tratar de uma instituição voltada ao ensino e pesquisa, possuem docentes em seu quadro de servidores que poderiam ser aproveitados para o corpo clínico desta ala, como psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, aproveitando para utilizar também estagiários dos cursos oferecidos pela Unioeste.

[...] Há para todos estes profissionais, um grande número de alunos que quer e precisa praticar, sendo este um aporte de pessoal auxiliar acessível, barato e, extremamente interessante, pois em ala psiquiátrica isso garante ao paciente a visibilidade de que necessita para sua socialização, ao mesmo tempo em que assegura ao aluno, um conhecimento prático formidável, além da superação de barreiras e preconceitos. (AÇÃO CIVIL PÚBLICA, 2006, p.15).

Mais um elemento bastante polêmico que o diretor do HUOP elencava como inviável para a abertura da ala psiquiátrica eram as condições econômicas. Entretanto, conforme o documento apresentado ao MP, “os leitos que se pretendem que sejam abertos, poucos por sinal, não gerarão nenhum prejuízo ao Hospital Universitário”. Entre outros elementos, o texto da ação pública, demonstrava que por se tratar de leitos emergenciais e de média ou alta complexidade “as AIH – Autos de Internação Hospitalar, são pagas em valores maiores do que o SUS paga aos leitos ordinários”. Além disso, segundo o documento, “conforme artigo 4 da Portaria 479/GM de 15 de abril de 1999, o hospital se enquadra no tipo II, portanto recebe um percentual a mais para os atendimentos de urgência e emergência de 35%” (2006, p. 15), que seriam os casos dos internamentos para desintoxicação de crianças e adolescentes. Após expor estas informações, o Promotor nos autos do processo, propõe a seguinte reflexão:

[...] Pergunta-se: Onde residirá o prejuízo do Hospital?

Nem deveríamos falar disso, pois se trata de um hospital público e, mesmo um eventual déficit deve ser suportado, mas nem isso haverá, pelo contrário, o serviço que se quer não somente não gerará perda de receita ao HUOP, como servirá para atrair mais recursos. Em fim, o alegado obstáculo financeiro é uma invenção, uma desculpa para não prestar um serviço que o hospital tem plenas condições de absorver e, com muito mais tranquilidade que os demais, pois as facilidades de contratações, utilização de estagiários, agentes já e recentemente concursados, pagamento de médicos por

produtividade e, pagamentos diferenciados em 35% a mais por procedimento só o HUOP tem. (AÇÃO CIVIL PÚBLICA, 2006, p.16).

Cabe destacar que a Lei Estadual nº 11.189/95, estabeleceu que qualquer hospital que fosse criado a partir da promulgação desta lei, deveria ter leitos psiquiátricos em seu atendimento conforme a necessidade da região. Quando se fala em hospitais privados e/ou convênio com o Estado não há possibilidade de obrigar a instituição prestar determinados serviços. Todavia, quando se refere a um órgão público de autarquia estadual deveria estar em consonância com a legislação de seu Estado. Neste sentido, Ângelo Mazzuchi argumenta na ação pública que,

O HUOP surgiu após a Lei Estadual 11.189/95 e, portanto, está obrigado a dispor de serviço de leitos psiquiátricos. Diz o art. 5º da lei 11.189/95 que: ‘Quando da construção de hospitais gerais no Estado do Paraná, será requisito imprescindível, a existência de serviços de atendimento para pacientes que padecem de sofrimento psíquico’. [...] Todo hospital geral, surgido após 1995, por força do art. 5º da lei 11.189/95, deve dispor de leitos psiquiátricos para curta permanência, enquanto estes forem necessários naquela região. (AÇÃO CIVIL PÚBLICA, 2006, p.16).

Diante da decisão judicial de implantação de leitos psiquiátricos, o HUOP teve o prazo de até fevereiro de 2007 para que o serviço estivesse em funcionamento. O hospital universitário, por meio da Unioeste recorreu várias vezes contra a decisão judicial, perdendo todas as tentativas de recursos. Assim, passou a ter a obrigação de ofertar em suas dependências leitos psiquiátricos. Para o Ângelo Mazzuchi, a escolha do serviço de saúde mental para crianças e adolescentes ocorreu, primeiramente porque havia uma demanda crescente de usuários de droga na região. Em seguida foi solicitada a abertura de leitos para este público devido a legislação pertinente do ECA. Nas palavras do depoente:

Foi utilizada essa faixa etária infância-juventude porque era o que apresentava uma estrutura legislativa mais apurada para dar vasão à uma tutela coletiva nessa área da saúde[...] Não havia a possibilidade de fazer mesma gestão de uma tutela em aberto para o adulto naquela ocasião com o mesmo suporte jurídico que o estatuto da criança e adolescente nos dava. Porque o estatuto da criança e adolescente tutelava diretamente a colocação do paciente em sistema de tratamento inclusive por ordem judicial, uma medida protetiva da criança e do adolescente, ou seja, não como uma medida sócio educativa. Em tese a medida sócio educativa não seja punitiva, ela só é aplicada quando há um ato infracional, mas as medidas protetivas elas são aplicadas quando o adolescente ou a criança se encontram em situação de risco, não que se vincular num ato infracional, portanto essa desvinculação

apresentava um comando expresso para que o estado no sentido geral, prestasse o serviço que melhora ou atendesse o anseio de tratamento e havia uma demanda reprimida em todo o estado. Hoje esse serviço atende em toda a região, mas em nenhum momento isso decorreu de qualquer vontade de parte, nem do gestor estadual de saúde, nem do setor de educação na área de saúde em Cascavel, ou estadual, muito pelo contrário, o estado não pode se opor porque não faz parte da elite, se tivesse feito se oporia com certeza, e a UNIOESTE se opôs em todos os níveis recursais, e perdeu todos. (MAZZUCHI Ângelo, 2017).

Durante seu depoimento, Mazzuchi (2017) em diversos momentos destacou que a implantação de leitos psiquiátricos no hospital universitário de Cascavel foi imposta de forma judicial, evidenciando que nem a direção do HUOP e nem a Unioeste queriam a implantação deste serviço, inclusive recorrendo contra a decisão judicial. De acordo com alguns documentos encontrados sobre o processo de implantação da psiquiatria, as justificativas dadas pelo diretor administrativo do hospital na época, eram a falta de condições de ofertar o serviço, tanto por questões econômicas, como por questões de infraestrutura.

Na Ata da 126^a Reunião Ordinária do Conselho Estadual de Saúde do Paraná CES/PR, realizada no dia 12 de dezembro de 2006, o Diretor Administrativo do HUOP inicia sua fala durante a reunião, afirmando que “na verdade a crise não é do hospital universitário, a crise é do sistema de saúde de Cascavel e região” (CES/PR, 2006)⁷¹, alegando que ao final de 2006 ocorreram fechamentos de diversos leitos em hospitais de Cascavel, os quais passaram a ser atendidos pelo hospital universitário, sobrecarregando a equipe médica, pois não houve a ampliação do quadro de servidores. Para o diretor:

Esta bem claro que o hospital universitário não é contra o serviço de psiquiatria, muito pelo contrario, já em dezembro do ano passado encaminhamos. Não gostaríamos de abrir um serviço sem a condição técnica e sem o pessoal suficiente e devido a estes diversos fechamentos de leitos o hospital se posicionou contrario no primeiro momento, porque com todo este fechamento que houve, não teríamos condições de ainda suportar mais esta demanda de 17 leitos de psiquiatria. (CES/PR, 2006, p. 7).

Segundo a ata dessa reunião, o hospital universitário passou a cogitar duas possibilidades para a implantação da psiquiatria: uma delas seria a ampliação dos leitos já existentes, com reformas e ampliações de espaços e de aumento de pessoal e a outra possibilidade, seria o remanejamento de leitos, ou seja, se destinaria 17 leitos para psiquiatria dos 173 leitos existentes no HUOP.

⁷¹ Ata da 126^a Reunião Ordinária do Conselho Estadual de Saúde do Paraná CES/PR, realizada no dia 12 de dezembro de 2006. Disponível em: http://www.conselho.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Atas/2006/ORD/126_06.pdf. Acesso em 15/12/2016.

Segundo as informações contidas no documento supracitado, ocorreu uma reunião em que estiveram presentes diversos órgãos de saúde, entre eles o Conselho Estadual de Saúde Mental, Conselho Estadual de Saúde e a Secretaria da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior no qual se chegou a um consenso e decidiram sobre a ampliação dos leitos. Assim, foi proposto ao CES/PR que determinasse:

A - ampliação dos 17 leitos de psiquiatria no hospital universitário Unioeste de Cascavel; B - favorável à liberação financeira de 200 mil reais para reforma, ampliação física em equipamentos que se fizerem necessários para a implantação dos 17 novos leitos por determinação judicial [...]; C - Sugeríamos a ampliação do quadro funcional segundo a legislação, normalização do ministério da saúde para política de saúde mental visando o atendimento aos transtornos mentais na instituição bem como capacitação e recursos humanos; D- A apresentação por parte do prestador de um projeto terapêutico do serviço com os critérios claros quanto a clientela a ser atendida e as formas de serviços prestados; E- que seja estruturado uma comissão constituída por representante do HU, gestor estadual, gestor municipal e representantes do conselho municipal de saúde de Cascavel, com o fim específico de elaborar fluxo de encaminhamento e regulação e avaliação do serviço em questão. (CES/PR, 2006, p. 8).

Desta forma, em fevereiro de 2007 o HUOP iniciou o atendimento para psiquiatria. E, logo nos primeiros meses de atendimento ocorreram alguns incidentes que contribuíram para ampliar o preconceito existente sobre os leitos psiquiátricos. Os jornais locais divulgaram a informação de abertura dos leitos psiquiátricos, mas a forma como foi divulgado contribuiu para intensificar a visão preconceituosa sobre a ala de psiquiatria.

Neste sentido, a reportagem do jornal Gazeta do Povo Online de fevereiro de 2007 apresenta como título: “Nova ala de psiquiatria vai reduzir cirurgias em hospital”. (Nova Ala, 02/2007.). No decorrer da matéria o texto reforça que essa alteração ocorreria por determinação do juizado de menores, implicando no fechamento de outras alas, no remanejamento de funcionários e na diminuição do número de cirurgias realizadas pelo HUOP. É possível observar no conteúdo dessa matéria que a imposição judicial ao HU foi recebida a contragosto, não só pelos diretores do HUOP e da Unioeste, como também por servidores do hospital, estagiários e alguns integrantes da sociedade que emitiram suas opiniões na página do jornal.

A partir de matéria e do título utilizado para apresentar o seu conteúdo, pressupomos uma estratégia de criar um descontentamento ainda maior, pois anuncia que para a implantação da ala psiquiátrica alguns leitos deveriam ser realocados e o HUOP deixaria de realizar 200 cirurgias eletivas para atender à decisão judicial, dando-nos a entender que o

problema causado pela dependência química é menor do que outras especialidades médicas. Além disso, o jornal responsabiliza o atendimento aos próprios usuários de substâncias químicas, ao invés de questionar os investimentos destinados à saúde no Estado, o papel do HUOP na sociedade e as políticas públicas destinadas a crianças e adolescentes com transtornos mentais.

A partir das fontes analisadas durante a pesquisa, foi possível perceber que para alguns membros da sociedade, o lugar de dependentes químicos ou pessoas em sofrimento mental ainda é no hospital psiquiátrico, internado e excluído da sociedade para recuperar a sua sanidade mental. Quando se refere a dependentes químicos o preconceito ainda é mais marcante, porque a visão que geralmente se tem é de que o usuário de drogas não é doente, mas um “bandido”, um “vagabundo” que está naquela situação por escolha própria. Neste sentido, a população que não possui nenhuma relação com a saúde mental ou tem total desconhecimento sobre as políticas públicas para este grupo, ainda vê no hospital psiquiátrico a única saída para resolver os problemas relacionados à saúde mental.

Em maio de 2007 a ala de psiquiatria foi fechada para ajustes na estrutura e organização de pessoal. De acordo com uma matéria do Jornal Tribuna-PR Online, “o local, que possui 17 leitos, teve de suspender o atendimento depois que pacientes quebraram portas, janelas e camas, e ainda agrediram médicos” (Hospital Universitário, 06/2007). Para completar o desfalque do HU, uma médica psiquiátrica pediu demissão, impossibilitando a ala de psiquiatria de dar continuidade ao serviço. Após o incidente, o hospital universitário decidiu elaborar uma estratégia para definir junto ao Ministério Público qual o perfil do paciente a ser atendido no HUOP.

Segundo o Jornal Tribuna-PR em junho, depois de 30 dias de fechamento, o hospital voltou a atender os pacientes, com algumas mudanças na estrutura da ala de internamentos e com o perfil já estabelecido, em que o HUOP passaria a atender apenas crianças e adolescentes dependentes químicos, com no máximo 18 anos.

O diretor do HU, Alberto Rodrigues Pompeu, explicou que foram feitas várias mudanças no mobiliário para tentar evitar novas revoltas de pacientes. As grades foram reforçadas e as maçanetas, que eram usadas como instrumentos de agressão foram retiradas. As camas foram fixadas no chão e tomadas especiais foram instaladas. *Não é próprio do nosso trabalho atendermos psiquiatria. Não queremos fazer do hospital uma prisão* (grifo da autora), mas tivemos de readequar algumas coisas depois que os pacientes se armaram e destruíram a ala, observou. (Tribuna-PR, 2007).

Quero destacar dois trechos da fala do diretor do HU apresentada na reportagem. O primeiro deles refere-se à fala: “não é próprio do nosso trabalho atendermos psiquiatria”. Tendo em vista que se trata de uma instituição pública e de ensino, atua como prestadora de serviço para a população e como formadora de profissionais, deveria estar atenta à lei da reforma psiquiátrica que, no caso do Paraná, foi promulgada em 1995, anterior ainda à publicação da lei nº 10.216/01. E, se pretende implantar leitos psiquiátricos, mesmo que impostos por ordem judicial é necessária a capacitação de profissionais para atender a demanda. Esta ainda é uma questão problemática, porque de acordo com os depoimentos observados, há muita resistência por parte dos profissionais de saúde em se especializar em saúde mental e trabalhar com demandas psiquiátricas. De acordo com as informações dos depoentes, podemos afirmar que um dos desafios da saúde mental é a capacitação profissional na área de psiquiatria.

Outro trecho da fala que quero destacar: “não queremos fazer do hospital uma prisão”. Para o diretor do HU não se pretende fazer da ala de psiquiatria uma prisão, mas a sensação que tive ao entrar na ala psiquiátrica é justamente de uma prisão, principalmente por observar que a ala psiquiátrica fica isolada das demais alas, que fica fechada por dentro, tendo como forma de acesso uma campainha, por ver a pequena área destinada à psiquiatria, o único espaço ao ar livre, coberto por uma tela de metal para evitar fuga. Embora estejamos falando de períodos distintos, isto é, 2007 a fala do diretor e 2017 com a minha visita, a sensação de privação de liberdade foi o que senti ao entrar na ala psiquiátrica.

No entanto, é necessário levar em consideração que se trata de uma ala de desintoxicação de adolescentes. A faixa etária deste público por si só já é uma fase de dúvidas, incertezas, novas descobertas, rebeldia, dificuldades em seguir ordens e cumprir rotinas, o que pode contribuir para dificultar o trabalho da equipe de profissionais, muitas vezes, conforme relatou o informante, colocando em risco a vida dos servidores e dos outros internos. Outro elemento que deve ser levado em consideração é a questão da desintoxicação, que de acordo com o informante, pode tornar o interno agressivo, violento e despertar surtos psicóticos. Neste sentido, dentre estes e outros motivos, como por exemplo, alguns incidentes de violência envolvendo os internos da ala de psiquiatria, na concepção da equipe de profissionais do HUOP, foram necessárias algumas readequações para garantir a segurança dos servidores, dos outros internos e do patrimônio público.

De acordo com a política de saúde mental atual, o internamento de dependentes químicos em hospitais psiquiátricos só deve acontecer para a desintoxicação. No HUOP, os adolescentes podem ficar no máximo 30 dias, após este período recebe alta e deve ser

encaminhado para os serviços de saúde mental do seu município. O problema é que em muitas cidades, não há centros de atenção psicossocial, deixando os usuários desamparados. Em casos que não há estrutura familiar para dar suporte ao adolescente ou vive em situações de risco, como violência doméstica, por exemplo, a situação se agrava, tornando-se um forte indicador para as reincidências. Embora, durante a pesquisa não tenha encontrado dados oficiais referentes às reincidências, foi possível perceber durante o próprio movimento da pesquisa que elas estão presentes de modo significativo nos sujeitos acometidos de transtornos mentais, especialmente no que se refere aos dependentes químicos.

Portanto, os internamentos devem existir, mas não pode ser um fim em si mesmo, faz-se necessário ir além, principalmente quando se trata de crianças e adolescentes. De acordo com a publicação do MS sobre as políticas de saúde mental infantojuvenil, os serviços “devem assumir uma função social que extrapola o afazer meramente técnico do tratar, e que se traduz em ações, tais como acolher, escutar, cuidar, possibilitar ações emancipatórias, melhorar a qualidade de vida [...]” (BRASIL, 2005b, p. 14). Os serviços estruturados em Rede, articulando todos os serviços públicos devem atuar de forma integral para promover a constituição de sujeitos protagonistas, capazes de alterar a sua condição social. Diante do exposto é plausível concluir que isto implica mais investimento do poder público no setor, ampliação da rede e mudança na concepção sobre a assistência à saúde mental, extrapolando a legislação e tornando-se parte das práticas sociais.

5.5: SIMPR – SERVIÇO INTEGRADO DE SAÚDE MENTAL DO PARANÁ

O SIMPR é um serviço de saúde mental integrado que oferece assistência à pessoas dependentes de álcool e outras drogas mantido pelo governo do Estado. O SIMPR é constituído por um CAPS AD III – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, com funcionamento 24 horas e duas unidades de acolhimento: adulto e infantil, que atende durante todos os dias da semana. Segundo o Projeto Terapêutico do SIMPR, as unidades de acolhimento dão suporte para alguns casos de pacientes que necessitam de assistência diferenciada para a efetividade no tratamento e continuidade do plano terapêutico individual.

As Unidades de Acolhimento no SIMPR servem como apoio ao Plano Terapêutico dos pacientes, com vagas para indivíduos com vulnerabilidades social, alto risco da dependência química e em casos de rompimento de vínculos familiares. Nessas situações o paciente pode permanecer em

acolhimento noturno pelo período em que a equipe técnica trabalhe essas questões para que o mesmo venha a garantir melhor sua estabilidade na dependência, tendo em vista ainda sua evolução no tratamento, respeitando sempre o período regulamentado pela portaria de habilitação das Unidades de Acolhimento. Sendo que toda a proposta de tratamento e reabilitação da dependência química, ocorre pelo CAPS AD III, que é um serviço aberto de base comunitária que tem como principal objetivo promover a ressocialização do indivíduo no convívio familiar, no contexto social e profissional, com atendimento contínuo 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana para população usuária de crack, álcool e outras drogas, encaminhados pelos diversos serviços da rede de assistência. (PROJETO TERAPÊUTICO SIMPR, sem data, p.5).

Segundo o Plano Estadual de Saúde 2016-2019 do Estado do Paraná, o SIMPR faz parte da lógica estadual que estabeleceu um projeto de expansão e qualificação dos serviços de saúde mental em caráter extra-hospitalares. Neste sentido:

Foi instituído o Incentivo Financeiro Estadual para implantação e custeio do Serviço Integrado de Saúde Mental – SIMPR, composto por CAPS AD III e Unidade de Acolhimento (UA) implantadas conjuntamente, tendo por objetivo promover arranjos regionais de modo a propiciar o acesso da população ao serviço especializado, independentemente do porte do município. O SIMPR une dois pontos de atenção e visa ampliar o acesso da população à saúde mental em todas as regiões do Estado, com atendimento voltado às pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, caracterizando-se como espaços que oferecem atendimentos com equipe multiprofissional, convivência, acompanhamento clínico e ações de reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. A Unidade de Acolhimento possibilita ao usuário uma permanência de até meses, potencializando o seu projeto de vida e ampliando o acesso às políticas públicas. O SIMPR está implantado em Guarapuava (CAPS AD III e UA Adulto Infanto-juvenil), Marimeleiro (CAPS AD III e UA), Cascavel (CAPS AD III e UA Adulto e UA Infanto-juvenil), Congonhinhas (CAPS AD III e UA) e Toledo (CAPS AD III) e no total atendeu mais de 7.000 usuários. (PARANÁ, 2015, P. 131.)

Observe a tabela a seguir sobre a distribuição dos serviços de saúde mental pelos municípios da 10ª Regional de Saúde. Em nenhum município há serviços de atendimento psicossocial, sendo Cascavel a única cidade que oferta estas modalidades. Entretanto, dos serviços mencionados na tabela, apenas o SIMPR é referência para as cidades da 10ª RS, os outros serviços são municipais e, portanto, só atendem a população de Cascavel. Em outras palavras, os CAPS, ambulatório e residências terapêuticas só oferecem assistência para os municípios de Cascavel. A população de abrangência da 10ª RS possui apenas o SIMPR para o atendimento à saúde mental e, em algumas cidades há psiquiatras e psicólogas que atendem na atenção básica.

Tabela 3: Distribuição dos Serviços nos Municípios da 10^a Regional de Saúde

Municípios	População	Estratégias Saúde da Família	NASF Implantado	Psiquiatra na AB	Psicóloga na AB	Serviços de Saúde Mental
Anahy	2.864	1	*NASF III	Não	1/20h/sem	
Boa Vista da Aparecida	7.872	3	NASF II	1/16h/mês	-	
Braganey	5.700	2		1/8h/mês	Não têm	
Cafelândia	15.194	4		1/10h/mês	2/30h/sem	
Campo Bonito	4.352	1		1/8h/mês	1/20h/sem	
Capitão L. Marques	15.060	2		1/20h/sem	2/20h/sem	
Cascavel	292.372	22	*NASF I	Não têm	-	CAPS III, CAPSi, CAPS ad e CASM, SRT
Catanduvas	10.186	2		1/20h/sem	2/20h/sem	
Céu Azul	11.121	4	NASF II		1/40h/sem	
Corbélia	16.389	4	*NASF II			
Diamante do Sul	3.499	1		1/8h/mês	2/20h/sem	
Espigão Alto do Iguaçu	4.623	1		Não têm	Não têm	
Formosa do Oeste	7.448	3			1/40h/sem	
Guaraniaçu	14.381	5		1/32h/mês	2/40h/sem	
Ibema	6.081	1		Não têm	Não têm	
Iguatu	2.233	1	NASF III	2/4h/mês	1/40h/sem	
Iracema	2.550	1			1/40h/sem	
Jesuítas	8.938	2			1/40h/sem	
Lindoeste	5.295	1			1/24h/sem	
Nova Aurora	11.730	3	*NASF II		1/40h/sem	
Quedas do Iguaçu	31.095	3		Não têm	1/20h/sem	
Santa Lúcia	3.910	2			1/20h/sem	
Santa Tereza	10.300	2		1/8h/mês	1/40h/sem	
Três Barras do PR	11.825	3	*NASF III	Não têm	Não têm	
Vera Cruz do Oeste	8.921	3	*NASF III	Não têm	1/40h/sem	
Total	507.385					
População utilizada – CENSO 2010				(*) Serviços em implantação.		

Fonte: SESA. PROJETO TERAPÊUTICO SIMPR, sem data, p. 26.

Diante desta realidade, poderíamos pressupor que há uma enorme fila de espera para o atendimento no SIMPR, já que ele abrange uma ampla região, mas conforme informou a coordenadora dessa unidade de saúde, existe fila de espera apenas para as unidades de

acolhimento. Segundo ela “para acolhimento tem 30, 40, 50, 60 pacientes esperando para o acolhimento, mas para CAPS não, CAPS-dia, não.” (AGUIRRE Maria, 2017).

Ao observar estes dados, é possível concluir que ainda há muito que ser feito relacionado à saúde mental no Estado. De acordo com o Plano Estadual de Saúde do Estado Paraná, uma das metas da saúde mental é ampliar a cobertura dos atendimentos CAPS de 0,95/100 mil habitantes, para 1/100 mil habitantes, números preconizados pela legislação nacional. E no que diz respeito à cobertura do SIMPR é ampliar para atender cerca de 76% dos municípios do Estado com acesso ao serviço. Atualmente esta modalidade de atendimento está implantada em apenas 5 cidades. Observe os objetivos do Plano Estadual de Saúde para o período de 2016-2019:

Quadro 7: Diretriz 3: Fortalecimento da Rede de Atenção a Saúde Mental - Plano Estadual de Saúde Mental (2016-2019)

OBJETIVO: Efetivar o cuidado à saúde mental nos três níveis de atenção da Rede.				
Meta 2016-2019		Linha de Base	Indicador para Monitoramento e Avaliação da Meta	Ações 2016-2019
3.1.1	Ampliar a cobertura populacional atendida, dos CAPS, para 1/100 mil habitantes	2015 (0.95)	Taxa de cobertura de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por 100 mil habitantes	<ul style="list-style-type: none"> Implantação e implementação de Centros de Atenção Psicossocial em todas as suas modalidades, incentivando os arranjos microrregionais.
3.1.2	Ampliar até 76% o percentual de municípios do Estado com acesso ao SIMPR	2015 (111 municípios)	Percentual de municípios com acesso ao SIM-PR	<ul style="list-style-type: none"> Implantação e implementação de Centros de Atenção Psicossocial AD III e Unidades de Acolhimento. Manutenção do repasse estadual de incentivo de custeio para o SIMPR.
3.1.3	Ampliar para até 40 leitos de saúde mental em hospital geral (Portaria GM/MS nº 148/2012)	2015 (10 leitos)	Número de leitos de saúde mental implantados	<ul style="list-style-type: none"> Promoção de visitas aos hospitais com potencial para implantação dos leitos, realizando orientações, bem como sensibilização quanto a essa necessidade.
Ações que contemplam todas as metas da Rede:		<ul style="list-style-type: none"> Implementação da Educação Permanente e materiais técnicos para os profissionais de saúde, com vistas à qualificação dos serviços. Elaboração, impressão e distribuição de materiais educativos e de orientação para profissionais e comunidade. Expansão do número de municípios que utilizam os instrumentos da Oficina APSUS-Saúde Mental. Utilização de ferramenta da Gestão de Caso em Saúde Mental coordenada pela APS. Monitoramento e avaliação da Rede de Saúde Mental. Promoção da intersectorialidade, garantindo proteção às pessoas e grupos mais vulneráveis aos transtornos mentais. Estímulo à realização de atividades educativas com enfoque sobre o uso abusivo de álcool. Manutenção do Incentivo Financeiro de Custeio da Rede de Atenção à Saúde Mental/Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF. Manutenção do repasse de recursos financeiros estaduais para a complementação de diárias de internação em Hospital Especializado. Implantação da supervisão clínico-institucional em todos os Centros de Atenção Psicossociais, com recursos estaduais. 		

Fonte: PARANÁ, Plano Estadual de Saúde para 2016-2019, 2015, p. 161.

O item 3.1.2 desta tabela, que se refere aos serviços de saúde mental integrado, prevê um aumento de até 76% dos municípios do Estado com cobertura do SIM. Entretanto, no segundo ano de elaboração do Plano Estadual de Saúde os dados não se alteraram, pois o

Serviço Integrado de Saúde Mental continua sendo referência para 111 municípios do Estado, com apenas 5 unidades do mesmo modelo. Levando em consideração que o Paraná possui 399 municípios, conforme consta na página eletrônica do IBGE, para atingir a meta proposta pelo governo do Estado faltam implantar os serviços para atender mais 288 municípios.

Segundo a coordenadora do SIMPR Maria Vilma Aguirre, o serviço ainda é recente, “é uma proposta do governo do estado do Paraná, que veio desde 2013. Em Cascavel, nós conseguimos abrir o SIM-PR em 2015. Então em fevereiro de 2015 foi a inauguração.” (AGUIRRE Maria, 2017). Na visão da depoente, a unidade de Cascavel é a maior que tem em todo o Estado, tanto na questão de espaço, quanto em capacidade de atendimento com maior número de leitos, totalizando 3 serviços habilitados junto ao Ministério da Saúde. Segundo Aguirre:

Nós temos duas unidades de acolhimento, uma para adulto e uma infanto-juvenil, e nós temos um CAPS ADIII que é o centro de atendimento psicossocial. Então uniu-se esses 3 serviços e o estado criou o serviço integrado de saúde mental. Então ao mesmo tempo em que a gente atende todos voltados pra dependência química, a proposta de tratamento pra dependência química, ela ocorre todas dentro do CAPS ADIII, as unidades de acolhimento elas são suporte para o CAPS ADIII, para o tratamento do CAPS ADIII. (AGUIRRE Maria, 2017).

De acordo com o Projeto Terapêutico do SIMPR, o imóvel está instalado em uma propriedade comprada e cedida pelo município, mas é mantido pelo governo estadual e utilizado como referência para os 25 municípios pertencentes a 10^a Regional de Saúde. Possui espaço físico interno de 1.978,94m² e área externa de 29.683,26 m². Portanto, é uma área extensa, arborizada, com jardins, espaços para horta, campo de futebol, quadra para atividades esportivas, gramados para descanso e caminhadas.

Figura 49: Vista Área do SIMPR - Cascavel



Fonte: Panfleto de divulgação do SIMPR. Cascavel. 2016.

Um espaço amplo em que as construções ficam relativamente distantes uma das outras, como por exemplo, o prédio central fica a alguns metros de distância das salas onde se realizam as oficinas de marcenaria, sala de jogos e locais para atividades ao ar livre. A área pertencente ao SIMPR é toda murada e, mesmo assim, ao fundo do terreno, há uma cerca delimitando a área que pode ser usada, formando uma espécie de “área de contenção” entre o muro e os locais onde os usuários do serviço têm acesso. Segundo Aguirre (2017), “para evitar invasões e agressões aos usuários”.

A imagem a seguir apresenta a entrada do SIMPR: o prédio principal, onde são realizados os acolhimentos dos usuários, os atendimentos, as consultas médicas e algumas oficinas terapêuticas. Ao lado direito da imagem existe um muro, e do outro lado dele há um pátio com árvores e gramado, local de circulação dos pacientes que estão em tratamento e também dos que estão internados na unidade. Ao lado esquerdo da imagem, encontra-se um pequeno bosque, arborizado, com gramados e bancos de livre acesso, tanto para quem é visitante na unidade, como para os usuários que estão aguardando atendimento.

Figura 50: Entrada do SIMPR



Fonte: Arquivo da autora. Cascavel, 19/04/2017.

Esta é a porta central da instituição que dá acesso à entrada dos pacientes, na lateral direita da figura há um portão grande, onde se localiza o estacionamento e também é a entrada para casos de emergência. As laterais protegidas com muros e portões de acesso restrito. O pátio da parte esquerda do prédio está limitado por outro muro interno, impedindo a entrada, visualização da área de tratamento e limitando a saída daqueles que estão em atendimento. Durante a visita realizada à instituição, percebeu-se que este espaço da entrada é utilizado principalmente para espera das consultas e, por ser um local aberto, é utilizado com frequência pelos fumantes.

Figura 51: Pátio Localizado a Esquerda da Entrada do SIMPR



Fonte: Arquivo da autora. Cascavel, 19/04/2017.

Conforme o depoimento da coordenadora da unidade, a extensão do terreno onde localiza-se o SIMPR acaba muitas vezes causando problemas para a equipe. Como o espaço é amplo necessita de seguranças para vigiar o local. Para Aguirre:

Para nós é um dificultador, por ser bem aqui no meio, a gente tem muitos problemas, por ser muito grande a nossa extensão, a gente tem um espaço lá no fundo que não faz atividades, e é um risco né? Traficante pular e tudo. Então por isso a gente tem guarda armado. Às vezes tem pessoas que pulam do outro lado, vêm acertar conta com paciente aqui dentro, quando a gente viu estava em luta de faca e não era paciente nosso, era pessoa de fora que queria acertar conta. Então essas questões acabam colocando em risco a vida das pessoas. (AGUIRRE Maria, 2017).

O SIMPR está situado em um dos bairros da cidade de Cascavel, considerado pela coordenadora da unidade, como um local de tráfico de drogas. Uma questão interessante para pensar, pois a unidade é referência para tratamento de álcool e outras drogas, localizado na “rota de tráfico”. Segundo Aguirre, o amplo local em meio à rota de tráfico, acaba causando alguns transtornos para a unidade e, em alguns casos, chega a ameaçar a segurança da equipe de profissionais e dos pacientes que estão internados na unidade. Em suas palavras,

Tudo aqui ao redor é tráfico, tudo ao redor é tráfico, é ponto de tráfico, então é a rota deles, é a linha deles de tráfico. Então para eles é muito fácil e a gente recebe ameaça de traficante, a gente teve traficante ligando. Tipo assim no início, entre aspas a gente estava tomando os pacientes deles, tratando a gente vai impedir que eles vendam. Então é bem complicado, já teve pessoas seguindo funcionário, de carro, funcionário nosso que já foi perseguido, teve gente que já foi perseguido duas vezes, foi ameaçado. Então, eu não fico sem um segurança aqui em hipótese alguma, não pelos pacientes, mas pelo comprometimento que eles têm lá fora e pelos traficantes. (AGUIRRE Maria, 2017).

A questão do tráfico e a relação com os pacientes é uma questão complexa, pois acaba colocando em risco a segurança de todos que estão envolvidos com a unidade de tratamento. Este risco ocasionou a necessidade de segurança armado, fato que não foi encontrado em nenhuma outra instituição de saúde. Na perspectiva da coordenadora do SIMPR, principalmente pela questão da localização e por lidar com dependência química é essencial o guarda armado para garantir a segurança de todos e um guarda patrimonial para evitar roubos e depredações da estrutura física.

Porque a gente trata dependência química e a gente já teve várias questões principalmente de tráfico, de traficante querer vir aqui, cobrar conta, de colocar em risco a equipe, de colocar em risco o paciente. Porque no meio da dependência química, eles fazem muitos atos ilícitos e se comprometem muito lá fora, se endividam muito. Então muitos entram aqui, muitos jurados até de morte e o tratamento para eles é uma forma de se esconder lá de fora, entendeu? [...] Porque nós já tivemos traficantes que entraram aqui dentro armados, entraram com faca e queriam a todo custo matar o indivíduo que estava aqui dentro, e eles não pesam, se precisar matar alguém que está na tua frente eles matam. A gente já teve um funcionário nosso que ficou sob duas facas no pescoço de 30 a 40 minutos, enquanto a gente não liberasse o paciente para ele, ele iria matar o nosso funcionário, porque ele queria matar o paciente. A gente foi abordando, conversando, enquanto isso, avisamos a polícia que entrou desse lado (apontando em direção a parede), a polícia entrou no meio e ficou 40 minutos com as facas ali, porque ele queria matar o indivíduo e ponto final e se ele não matasse o indivíduo ele ia matar quem estivesse na frente dele e graças a Deus, acho que Deus protegeu com certeza, o nosso funcionário e não aconteceu nada com ele. Então depois disso, não hesitamos em ter segurança de jeito nenhum. (AGUIRRE Maria, 2017).

De acordo com a depoente, este espaço era um seminário e quando escolheu-se o local, “foi pensado na própria estrutura, por ser um espaço grande, bom de lazer, que pudesse ter várias atividades, questão do conforto para o tratamento de dependência química, [...] pensou-se no local por causa da qualidade mesmo do espaço.” (AGUIRRE Maria, 2017). Na

perspectiva de Aguirre, quando escolheram o local não se levou em conta a localização e nem o aspecto socioeconômico do bairro, apenas a questão estrutural do espaço, de oferecer conforto e tranquilidade aos usuários. Talvez tenha alguma questão de interesse político, econômico e/ou de beneficiamento individual, mas não se tem indícios para fazer estas afirmações, por isso, apenas incito à reflexão.

Durante a entrevista com Maria Aguirre, solicitei a permissão para fotografar os espaços do SIMPR. A coordenadora concedeu autorização para fazer os registros fotográficos, porém foram feitas algumas ressalvas. Pude conhecer todos os espaços, acompanhada de uma funcionária da instituição que tinha como tarefa me mostrar e explicar o que eram e o que se faziam em cada um deles, além de me “vigiar” para garantir que em minhas imagens não apareceria o rosto de nenhum interno. Esta era a sua grande preocupação. De acordo com seu depoimento eles já tiveram sérios problemas com imagens de internos divulgadas sem autorização. Ela relatou que há algum tempo, uma emissora de TV realizou uma reportagem sobre o serviço e divulgou imagens de internos. Um dos pacientes que teve sua imagem divulgada tinha “dívidas” com algum traficante da cidade que ao ver a reportagem, foi no SIMPR e queria entrar de qualquer jeito para receber sua dívida.

Diante disso, todas as imagens registradas foram cuidadosamente pensadas para não expor nenhum rosto. Até mesmo o posicionamento da câmera e o ângulo foram meticulosamente escolhidos para evitar que nenhum dos internos se sentissem intimidados ou incomodados com os registros. Na perspectiva de Kossoy, “toda fotografia tem atrás de si uma história” (2001, p.48), que passa pela intenção do fotógrafo e as circunstâncias em que as imagens foram produzidas.

Neste sentido, as imagens produzidas no SIMPR, além de passar pelo o que autor denomina de “filtro cultural do fotográfico”, também passaram pela supervisão da funcionária que acompanhou durante o processo. Além disso, ao finalizar os registros, a coordenadora ainda vistoriou as fotos para ter certeza de que não havia nenhuma imagem comprometedora.

Figura 52: Área Externa do SIMPR - Local de socialização entre os Usuários e de Realização de Algumas atividades ao ar livre.



Fonte: Arquivo da autora. Cascavel, 19/04/2017.

De acordo com o Projeto Terapêutico do SIMPR, o acesso aos serviços da unidade pode ocorrer de diversas formas. Ou seja, encaminhados pela unidade básica de saúde de referência de seu município, pela assistência social, secretaria de educação ou também por demanda espontânea, “sendo que a porta de acesso será o CAPS AD III, que caracteriza-se por ser um serviço de ‘porta aberta’” (PROJETO TERAPÊUTICO, p. 10). Conforme o Projeto Terapêutico,

Ao chegar ao serviço, inicialmente o usuário será acolhido pelo profissional que realizará a estratificação de risco que apresentará a proposta do tratamento do SIMPR, realizando uma aproximação do paciente ao serviço, posteriormente será atendido pelo serviço social, Terapeuta Ocupacional e realizado a agenda para os atendimentos da Psicologia, Psiquiatra e clínico geral. Após as avaliações iniciais e acolhida o paciente é inserido no tratamento com a definição inicial do Projeto Terapêutico Singular que serve de base para o acompanhamento e desenvolvimento das ações que irão permear a melhoria de sua condição da dependência e de seu estado mental, físico e social do usuário. Projeto este, que será reavaliado quinzenalmente ou sempre que se fizer necessário pela equipe multidisciplinar do CAPS AD III Regional, com participação de um profissional de referência do município do paciente, sempre que se fizer necessário, ou mesmo o usuário, de acordo

com a progressão ou dificuldades apresentadas no tratamento deste. (PROJETO TERAPÊUTICO, sem data, p. 11).

Seguindo os documentos base de referência para a saúde mental, o acolhimento inicial é de extrema importância para o sucesso do tratamento. Este primeiro contato com a equipe de saúde deve ser realizado de forma humanizada, em um processo de escuta atenta por parte do profissional em relação ao paciente. Segundo as informações contidas nos Cadernos de Atenção Básica para Saúde Mental, “acolhimento é outro recurso, transversal a todas as práticas, percebido como importante na construção de uma postura profissional baseada em receber, escutar e tratar de forma humanizada as famílias e suas demandas.” (KENNETH et al. 2004, in BRASIL, 2013, p. 66).

A partir deste acolhimento inicial o profissional fica responsável por dar os encaminhamentos necessários ao paciente e pela condução de sua proposta terapêutica, como também passar algumas informações iniciais às famílias e mostrar que elas são corresponsáveis pela saúde do seu familiar. De acordo com o Projeto Terapêutico da unidade,

O Acolhimento no SIMPR é uma atividade realizada por profissionais de diferentes áreas de atuação, todos os dias no período da manhã das 08:20 ás 08:45 hs. Implica em informar todos os novos pacientes que iniciarão tratamento quanto ao funcionamento do serviço e quanto ao seu projeto terapêutico, para tanto necessita da equipe uma escuta atenta, envolvendo a valorização de suas queixas, a identificação de necessidades, sejam estas do âmbito individual ou coletivo. (PROJETO TERAPÊUTICO, sem data, p. 11).

A coordenadora do SIMPR apresenta maiores detalhes em seu depoimento. Segundo ela, há duas formas de acolhimento, aquele que é feito na primeira vez que o usuário chega à unidade e o acolhimento feito no momento em que o usuário vai iniciar o tratamento. Segundo Aguirre, o processo inicial não é demorado, mas é bem detalhado para que a equipe possa obter o máximo de informação sobre o paciente e poder inseri-lo ao tratamento mais adequado possível à sua necessidade e realidade.

Desta forma, assim que o paciente chega é aberto o prontuário e, de acordo com uma escala estabelecida pela equipe, o profissional escalado para o dia é que irá fazer o primeiro acolhimento para investigar se é realmente caso para ser tratado na unidade. De acordo com Aguirre, o SIMPR é referência para alta e média complexidade, os casos de baixa complexidade são reencaminhados para a UBS de seu município de origem.

Inicialmente é aplicado um questionário para fazer um levantamento detalhado sobre a vida e a saúde da pessoa, como por exemplo, se ele possui alguma limitação por causa da

dependência, se possui alguma outra doença ou distúrbio psiquiátrico. Durante esse primeiro contato, o profissional também explica o que é o serviço e como serão as atividades que ele irá desenvolver no decorrer de seu tratamento.

Na perspectiva de Maria Aguirre é importante deixar claro, logo na porta de entrada, que o estabelecimento de saúde não é um hospital, portanto, não é internamento, salvo exceções necessárias e, quando há necessidade, denomina-se “acolhimento” e não internamento como geralmente se chama. Conforme seu relato, todas as pessoas, antes de se tornarem pacientes do SIMPR, passam por avaliações médicas dos psiquiatras, psicólogos e clínico geral. Após estas avaliações e constatado que é caso para ser tratado no serviço integrado, o paciente já é encaminhado para a assistente social que vai investigar se ele mora com a família, se é morador de rua, se possui trabalho, se está consciente de sua dependência, se não tem resistência ao tratamento, isto é, faz todo um levantamento da sua vida social para, junto com o restante da equipe, encaminhar a proposta de plano terapêutico individual.

E a outra forma de acolhimento, conforme informou a coordenadora do SIMPR, é realizada no momento em que o paciente dará início ao tratamento. Assim, o profissional que fará o acolhimento explica de forma mais detalhada sobre o serviço, sobre os direitos e deveres dos usuários, sobre o papel da equipe multiprofissional, sobre quais atividades ele irá desenvolver de acordo com o cronograma estabelecido em sua carteirinha. Segundo o Projeto Terapêutico do SIMPR, é fundamental a elaboração de um plano terapêutico singular, visando suas habilidades e áreas de interesse para garantir que o paciente dará continuidade ao tratamento.

Nessa fase ele já passou por todas as avaliações, já tem a carteirinha de atividades dele, ele já sabe se vai ter consulta com o psiquiatra, com a clínica, com a psicóloga, ele já sabe os grupos que está inserido. Então é orientado que ele tem que cuidar: “olha você tem que cuidar de hora em hora conforme tuas atividades, para você não perder nenhuma, você tem que cuidar do teu cartãozinho que ele já está feito o cronograma de atividades”, já está com ele, junto com a terapeuta, ele tem que cuidar dos horários né? O horário de cigarro, quantos cigarros eles podem fazer uso por dia, onde, o local, não é em qualquer lugar, os horários de atividades que eles estão fazendo, eles têm que iniciar e terminar, se eles não estão passando bem, então eles vão para enfermagem. Então passa todas essas informações para eles saberem, se tem dificuldade quem eles vão procurar, o que eles vão falar, é falar a questão sobre os grupos de psicoterapia, os grupos com a psicóloga. Então faz toda essa apresentação pra eles não começarem e ficarem perdidos, orientação geral pra eles. (AGUIRRE Maria, 2017).

O SIMPR possui dois serviços distintos. Conforme o Projeto Terapêutico, o serviço denominado CAPS ADIII possui 12 leitos, já a Unidade de Acolhimento possui 27 leitos. “De

um modo geral o tempo de permanência segue conforme proposto na Portaria Ministerial 130/2012, sendo de até 14 dias, para os leitos do CAPS AD III, e de até 6 meses para os leitos das Unidades de Acolhimento, conforme prevê a Portaria Ministerial 121/2012.” (PROJETO TERAPÊUTICO, p. 13). Entretanto, a coordenadora do SIMPR ressaltou a importância de esclarecer qual a função da unidade, principalmente para que não se confunda os serviços oferecidos pela unidade com um hospital psiquiátrico e nem com comunidade terapêutica.

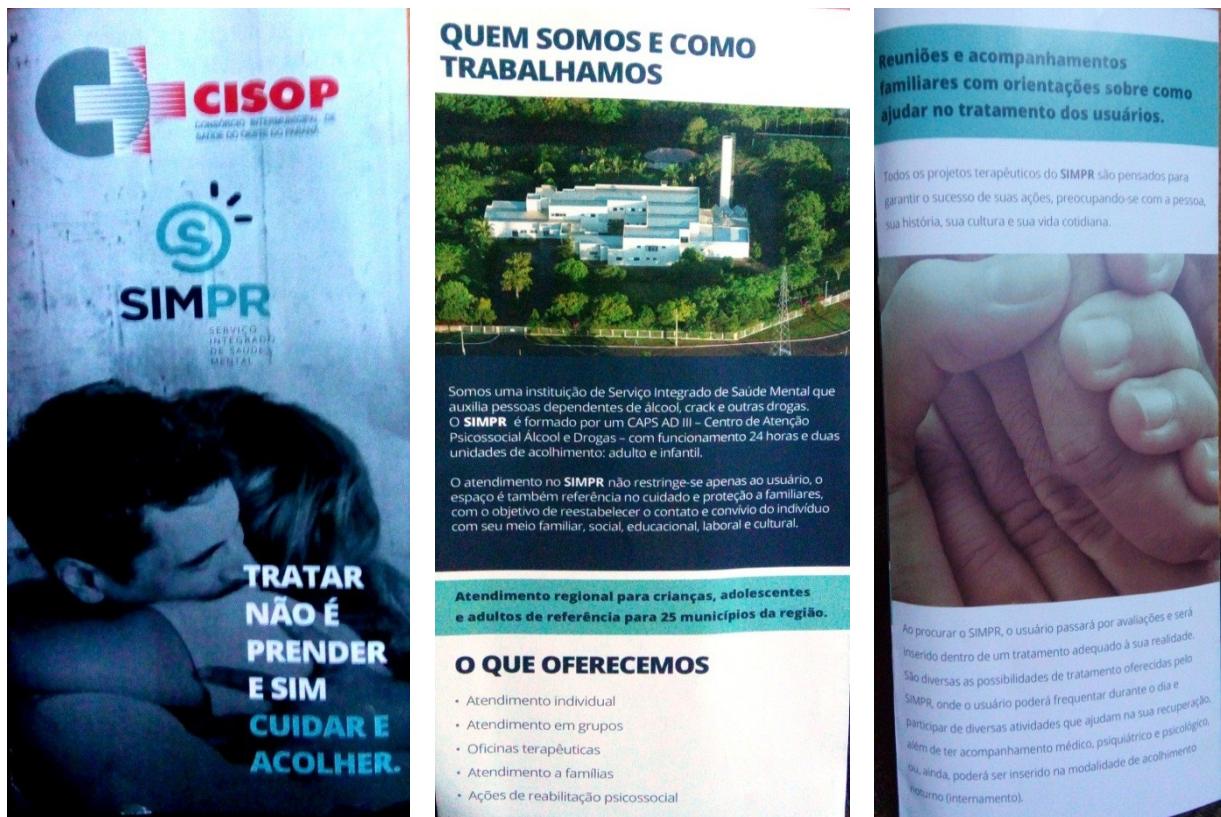
Nas palavras de Aguirre:

Nós somos um CAPS ADIII que é 24 horas, com 12 leitos habilitados pra oferecer atendimento àqueles pacientes que estão com rompimento de vínculo familiar ou estão com vulnerabilidade social, moradores de rua, que não têm naquele momento aonde estar, e que por essa falta de moradia, essa falta de conseguir estar principalmente acompanhado pela família, isto acaba sendo o dificultador pra realização do tratamento dele com a dependência. Então os leitos dentro do CAPS, ou dentro da unidade de acolhimento nada mais é do que esse suporte, alguns casos que precisam desse atendimento diferenciado, essa atenção diferenciada que são a oferta desses leitos. Então a gente não trabalha com internamento, a gente não interna o paciente, a gente nem usa o termo internamento, a gente usa o acolhimento noturno. (AGUIRRE Maria, 2017).

Ao analisar um conjunto de fontes referentes ao SIMPR percebeu-se que o serviço integrado de saúde mental tem uma proposta diferente das demais unidades de saúde mental que foram visitadas. Os CAPS são de responsabilidade do município e os serviços não se misturam. Ou seja, atendem apenas um determinado público, adulto ou infantil e dependentes químicos ou transtornos mentais. Sobre estas unidades não foi visto nenhuma divulgação para informação e conhecimento das pessoas que necessitam destes serviços. Já o SIMPR é de responsabilidade da esfera estadual promove divulgação dos serviços oferecidos na unidade.

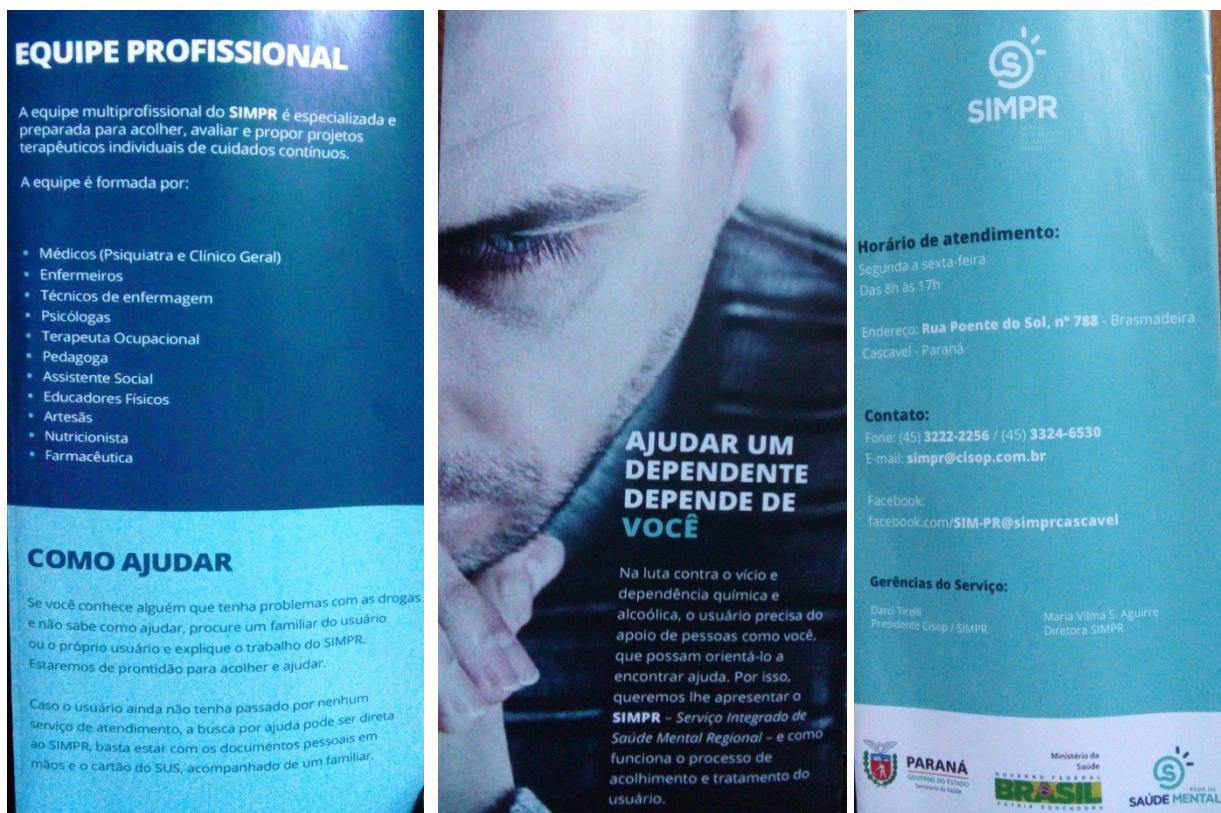
Neste sentido, foi elaborado um panfleto para divulgar o trabalho realizado pela unidade. No panfleto de divulgação do SIMPR o *slogan* de capa é “Tratar não é prender e sim Cuidar e Acolher”, como uma forma de desmistificar a ideia de que tratamento em saúde mental só se realiza através do internamento. O panfleto apresenta uma espécie de um resumo geral e simplificado dos serviços oferecidos pela unidade convidando para que as pessoas visitem o SIMPR e conheçam a proposta de atendimento. Segundo as informações contidas neste panfleto, a unidade oferece atendimento individual, em grupo, oficinas terapêuticas, atendimento a famílias e ações de reabilitação psicossocial. Possui uma equipe multiprofissional com a possibilidade de oferecer atendimento diferenciado e capaz de propor projetos terapêuticos individuais que melhor se adequam à realidade do usuário do serviço.

Figura 53: Panfleto de Divulgação do SIMPR- Frente



Fonte: SIMPR, Cascavel. 2016.

Figura 54: Panfleto de Divulgação do SIMPR- Verso



Fonte: SIMPR, Cascavel. 2016.

Percebe-se que um dos objetivos do panfleto é fazer com que a informação chegue aos familiares e às pessoas que estão passando por algum problema relacionado ao álcool e outras drogas, orientando-os em como procurar ajuda. O panfleto apresenta imagens de um tratamento humanizado, no qual a equipe de profissionais está preparada para acolher, ouvir, ajudar e ser um aporte essencial na luta contra a dependência.

Além do panfleto de divulgação, o SIMPR criou uma página nas redes sociais, através do Facebook, cujo objetivo é mostrar para as pessoas como é o tratamento para a saúde mental. Ao que se pode observar a página é atualizada frequentemente, há diversas fotos e vídeos das atividades realizadas pelos usuários do serviço, tanto nos espaços do SIMPR, como fora dele, em visitas técnicas ou passeios turísticos, por exemplo. Além disso, há postagens de textos e vídeos informativos, abordando temas como, doença mental, e dependência química.⁷²

Ao observar a página do Facebook da instituição é possível visualizar alguns comentários de pacientes, ex-pacientes, trabalhadores, familiares. Nestes, em sua maioria, referem-se ao SIMPR como um lugar “abençoado”, local onde há profissionais qualificados e um excelente atendimento. Não se pode afirmar se os comentários passam por um “filtro” da instituição para serem publicados, entretanto, não foi visualizado nenhum comentário que criticasse o atendimento ofertado pela unidade de tratamento. Um dos comentários, feito por um ex-paciente do serviço me chamou a atenção pela analogia feita entre a assistência ofertada na instituição e uma parábola:

Vejo no SIM-PR a parábola do cavalo que, tendo caído num poço, o dono da fazenda, não vendo outra saída para salvar o animal, ordenou aos seus funcionários que o enterrassem vivo para abreviar o seu sofrimento. Assim fizeram os funcionários. Mas o animal não queria morrer, não queria desistir, apesar de ter sido abandonado por muitos. Então a cada pá de terra o cavalo se debatia e sapateava. Os funcionários vendo a reação do cavalo, entenderam sua intenção e se empolgaram, jogando cada vez mais terra. E assim, sacolejando e sapateando, aos poucos, o cavalo conseguiu sair do poço, para alegria de todos. Assim funciona a equipe do SIM-PR. Todos jogam suas pás de terra, mas cabe a nós, pacientes se estagnar e afundar cada vez mais, ou sacudir a poeira e dar a volta por cima. Muito obrigado à toda equipe do SIM por acreditar que para todos existe uma forma de sair do fundo do poço!(R.O. Facebook, 2016).

Este comentário nos leva a refletir sobre o papel dos serviços de saúde mental na construção do protagonismo dos sujeitos acometidos de algum transtorno mental. Diferente

⁷² Para conhecer mais e visualizar as fotos das atividades realizadas pelos usuários dos serviços do SIMPR, acesse a página da unidade nas redes sociais. <https://www.facebook.com/simprcascavel/>.

do que ocorre nos hospitais psiquiátricos, em que uma das primeiras coisas a acontecer é a privação da liberdade e da individualidade dos sujeitos, nos serviços extra hospitalares a liberdade de escolha e a noção da doença e suas particularidades é fundamental para o tratamento.

Assim como vimos em outros serviços, a equipe do SIMPR oferta tratamento e as “ferramentas” para o usuário utilizá-la. Como é um serviço aberto, o sucesso do tratamento, passa pelas ações dos sujeitos e das famílias, tornando-se corresponsáveis no processo de tratamento. Segundo Maria Aguirre (2017), o tratamento não oferece a cura, mas a compreensão e aceitação de que dependência química é doença e terá que aprender a conviver com ela apresentando novos caminhos aos usuários do serviço para uma vida livre do vício.

É interessante observar as imagens divulgadas através das redes sociais, pois elas nos apresentam um tratamento diversificado e extra-hospitalar, desmistificando a visão estereotipada relegada à saúde mental ao longo da história. Nestas imagens é possível visualizar pessoas que estão em tratamento, mas inseridas no convívio social com familiares, amigos e mercado de trabalho. Além disso, ao apresentar as pessoas ativas, realizando diversas atividades, rompe com uma visão de modelo hospitalocêntrico onde o que impera é a passividade dos usuários trancados para tratamento ou em alguns casos, “dopados” pelo uso de calmantes. Na perspectiva da coordenadora do SIMPR:

A proposta do SIM-PR não é internar, tanto que a gente tem 38 leitos⁷³, os 38 leitos dificilmente são ocupados. Hoje nós estamos com 25, 26 pacientes acolhidos, e 200 e pouco, 300 em tratamento CAPS. Porque a proposta é desmistificar essa necessidade de internar. Têm pacientes que passam a vida inteira, como a dependência não tem cura, eles passam a vida inteira procurando internamento. Enquanto se conservam bem, tanto psicologicamente, quanto em aspecto, questões de saúde geral, mas para alguns só estão bem estando internado, se eu não estou internado eu não estou bem, eu recaio, desestabilizo, eu não estou bem. E a gente trabalha com outra proposta, de ensinar o indivíduo que a dependência cria uma doença que não tem cura e que ele pode estar bem sem necessariamente estar internado, que ele precisa fazer a parte dele, que a família também precisa, e que ele pode ter o controle da doença dele, sem precisar estar internado, sair de uma internação e ir pra outra. Então é um processo muito mais trabalhoso, mas é um processo que a gente vê que para o indivíduo e para a família ele traz uma resposta muito melhor, porque ele acaba se tornando, tendo que ser mais responsável. Então é isso que define o SIM-PR. (AGUIRRE Maria, 2017)

⁷³ No Projeto Terapêutico do SIMPR o número total de leitos somam 39 e não 38, como informou a depoente.

Conforme informou a coordenadora do SIMPR, a equipe não trabalha com pacientes que não são voluntários ao tratamento. Por isso, é preciso estar consciente da sua dependência e das suas necessidades para poder iniciar e dar continuidade ao tratamento. Diante disto, a elaboração do plano terapêutico singular do paciente é discutida por uma equipe multiprofissional, em conjunto com o usuário e sua família. Para Aguirre, esse plano terapêutico é organizado de forma que seja possível ser cumprido e respeitado, sendo que há possibilidade de alteração conforme as necessidades ao longo do tratamento.

Segundo Maria Aguirre, os profissionais procuram conhecer o paciente para elaborar um tratamento que se encaixe ao mesmo tempo, nas necessidades do paciente e em suas atividades de interesse. A equipe é composta por “psicólogos, psiquiatras, clínicos gerais, pedagogo, profissional de educação física, terapeuta ocupacional, enfermeiros, técnicos, professor de matemática, português, assistente social, artesãos, farmacêutico, nutricionista” (AGUIRRE Maria, 2017).

Seguindo as normativas contidas no Projeto Terapêutico do SIMPR, os profissionais de saúde e os demais envolvidos com o atendimento à saúde mental devem agir em conjunto visando a integração total do paciente a uma vida social. Neste sentido, além da assistência oferecida por uma equipe multidisciplinar, o SIMPR atua de forma intersetorial com outras unidades de saúde e secretarias municipais. Assim, poderão ser constituídas “parcerias com demais serviços dos municípios como faculdades, SENAC, grupos de apoio NAR-ANON, A.A, Secretaria da Cultura e CEEBEJA”, para melhor integrar o indivíduo a uma rede de apoio à saúde mental. (PROJETO TERAPÊUTICO, p. 24).

Como proposta de tratamento, há oferta de diversas oficinas individuais e grupos de apoios terapêuticos. De acordo com o Projeto Terapêutico, as atividades propostas para atividades em grupo, utilizadas como tratamentos alternativos ao modelo hospitalocêntrico são:

Grupo Promoção de Cidadania, com Serviço Social, desenvolvido pela assistente social; Grupos de saúde, realizados pelos enfermeiros, nutricionista e profissionais de educação física; Grupos de Terapia Ocupacional, desenvolvido pelo terapeuta ocupacional; Oficina Cultural-Pedagógica, desenvolvida por profissional pedagogo com a participação esporádica de voluntários (poetas, cantores, contadores de história, entre outros); Oficina de Expressão Corporal, realizada por profissional pedagogo e profissionais de Educação Física; Grupo de Saberes, Atividade desenvolvida na biblioteca por profissional pedagogo; Orientação e informações sobre cursos profissionalizantes e elaboração de currículos, ações desenvolvidas por profissional pedagogo; Grupo de Relaxamento, Alongamento e atividades físicas, atividades são realizadas por profissionais

de educação física; Oficina de Artesanato, desenvolvida por artesãos de diversas áreas; Grupo de Horta e Jardim, com atividades realizadas por profissional da equipe de apoio do serviço; Oficina de Culinária; Grupo Preparação para Alta; Grupo de apoio ao tabagismo; Grupo de boas vindas, realizado todos os dias das 8:00 as 8:30 da manhã por diversos profissionais; Grupos psicoterapêuticos. (PROJETO TERAPÊUTICO, sem data, p. 15-16).

Uma delas, que chama a atenção e atraí os olhos da população para as atividades realizadas no SIMPR é a oficina cultural pedagógica. Nesta oficina, eventualmente há contato dos pacientes com poetas, escritores e contadores de histórias que se reúnem em parceria com a Biblioteca Pública de Cascavel para desenvolver atividades de leitura e escrita de textos. As oficinas culturais pedagógicas resultaram na publicação de dois livros de poesia, intitulados “Explosão de Sentimentos: Vozes da Superação”, volume I, publicado em 2015 e o volume II, publicado em 2016 com o mesmo título. Além do livro impresso do primeiro volume, foi lançado um Livro-Áudio com as poesias narradas, em sua maioria pelos próprios autores.

A oficina cultural é um projeto realizado pela área de pedagogia do SIMPR, no qual “quinzenalmente, os pacientes têm contato com poesias e são estimulados a participar de um sarau poético, nos outros dias são promovidas oficinas de escrita de poesias coletivas” (FARIAS; MARTINS, 2016. p. 5). Nestas oficinas são sugeridos diversos temas para que os pacientes escrevam poesias, de forma coletiva ou individual, como uma maneira de expressar seus sentimentos. Segundo Aguirre, no posfácio do livro “Explosão de Sentimentos: Vozes da Superação II”,

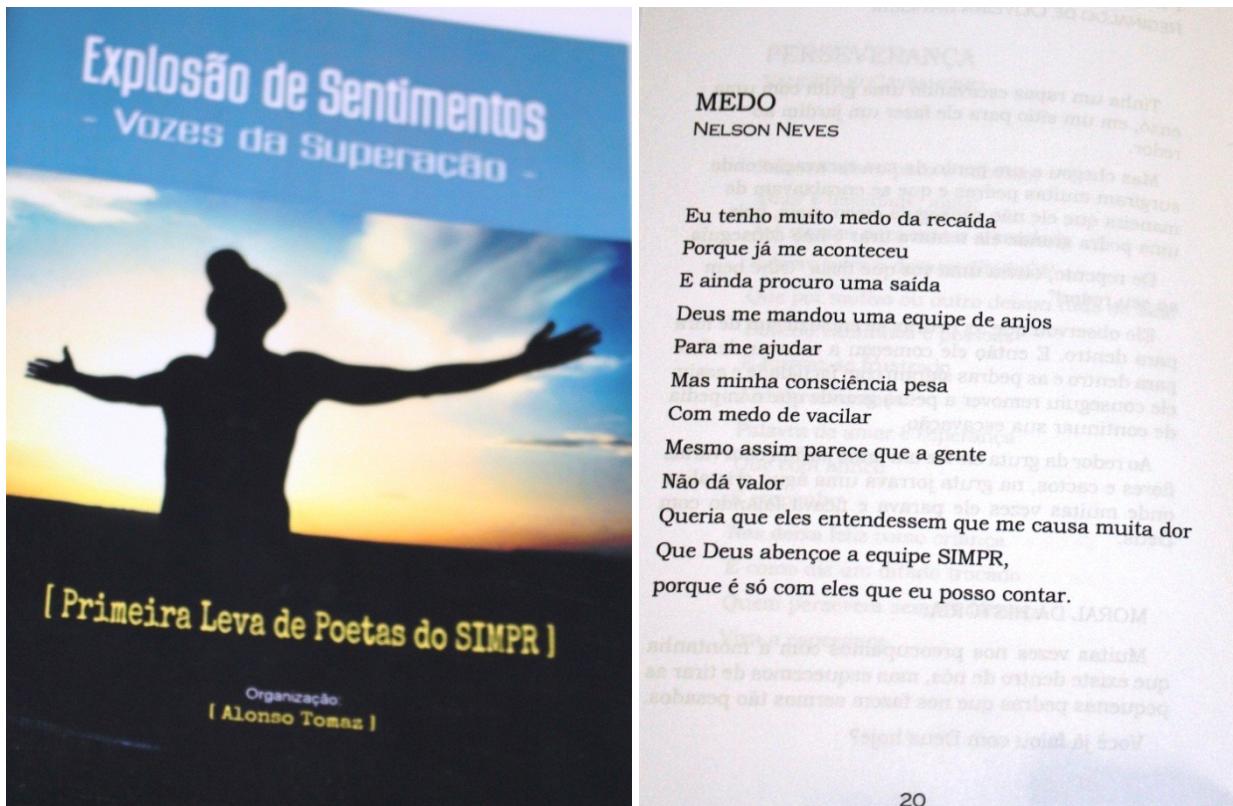
A realização das oficinas de poesias no SIMPR despertou, em muitos pacientes, sentimentos adormecidos que precisavam vir à tona para que fossem trabalhados pelos profissionais do serviço. No momento da elaboração de cada poesia observamos o comprometimento dos pacientes em expressar seus sentimentos e sua história de vida. (AGUIRRE, In: FARIAS; MARTINS, 2016, Posfácio).

A imagem a seguir apresenta a capa do livro e um dos poemas escritos no livro “Explosão de Sentimentos: Vozes da Superação (Primeira Leva dos Poetas do SIMPR)”. Nesta primeira edição são ao todo 31 poemas, selecionados pelo poeta cascavelense Alonso Tomaz, profissional que esteve presente em diversos momentos do projeto Oficina Cultural. Os poemas publicados possuem temas diversificados e expressam os mais variados sentimentos dos pacientes que participaram do projeto terapêutico.

De acordo com a pedagoga do SIMPR, Carla Alves Ribeiro Martins, na Apresentação do volume II do livro, de início os pacientes se mostraram tímidos, mas aos poucos aderiram à

ideia do projeto, descobriram novas linguagens, novas formas de se expressar, passaram a escrever também nos horários livres. Assim “o entusiasmo e encantamento demonstrado apontam ganho significativo no processo de tratamento da dependência química” (FARIAS; MARTINS, 2016, p.6).

Figura 55: Capa e um dos 31 Poemas do Livro, "Explosão de Sentimentos: Vozes da Superação"



Fonte: (TOMAZ, (org.), 2015. p. 20)

Entre todos os poemas escritos, escolhi este para refletirmos sobre a subjetividade dos sujeitos em suas narrativas. O poema expõe em uma linguagem simples, o sentimento do “medo” que talvez, de outra forma ele não consiga expressar. Podemos compreender sua narrativa poética, como um relato de suas experiências. Wadi (2010), em seu artigo escreve sobre as narrativas de mulheres no interior de instituições psiquiátricas em épocas e locais distintos. No entanto, sua intenção ao analisar estas fontes é refletir sobre a construção dos sujeitos e suas histórias de vida, que de outro modo, seriam deixadas de lado pela historiografia. Para a autora, analisar as narrativas:

Permite compreender que toda experiência, inclusive a da loucura, têm múltiplas dimensões e temporalidades, elementos díspares, lógica incomum, cenas e falas próprias, sendo constituinte de sujeitos. Ao olhar para as experiências particulares, contextualizadas em situações históricas precisas, torna-se possível perceber as questões de vida envolvidas em cada história. (WADI, 2010, p.334)

Embora a autora analise narrativas de internos em instituições psiquiátricas, aqui nessa narrativa proposta para interpretação, o poeta/paciente estava em um tratamento “aberto”, onde o seu direito de ir e vir não lhe foi tolhido. Porém é possível perceber que o seu processo de tratamento em liberdade é um causador de “medo”. Nesse processo, ele se sente sozinho, desamparado por àqueles que estão ao seu redor e, encontra uma possibilidade de reinventar-se para não “recair” na equipe do SIMPR. Obviamente, não podemos esquecer que se trata de uma narrativa selecionada e organizada para compor um livro de poemas, mas ainda assim, expressa a experiência vivenciada por sujeitos com transtornos mentais.

De acordo com Deleuze, a subjetivação para Foucault, “é a produção dos modos de existência ou estilos de vida” (DELEUZE, 1998, p. 142). Neste sentido, o poeta/paciente, em seu processo de subjetivação procura uma saída para não ter uma recaída e, ao mesmo tempo superar o sentimento de “medo”, causador de “tanta dor”. Para Deleuze, a concepção de Foucault sobre os processos de subjetivação é a transposição da linha de força, é curvar a linha sobre si mesmo, é fazer da existência humana uma arte. Em sua compreensão:

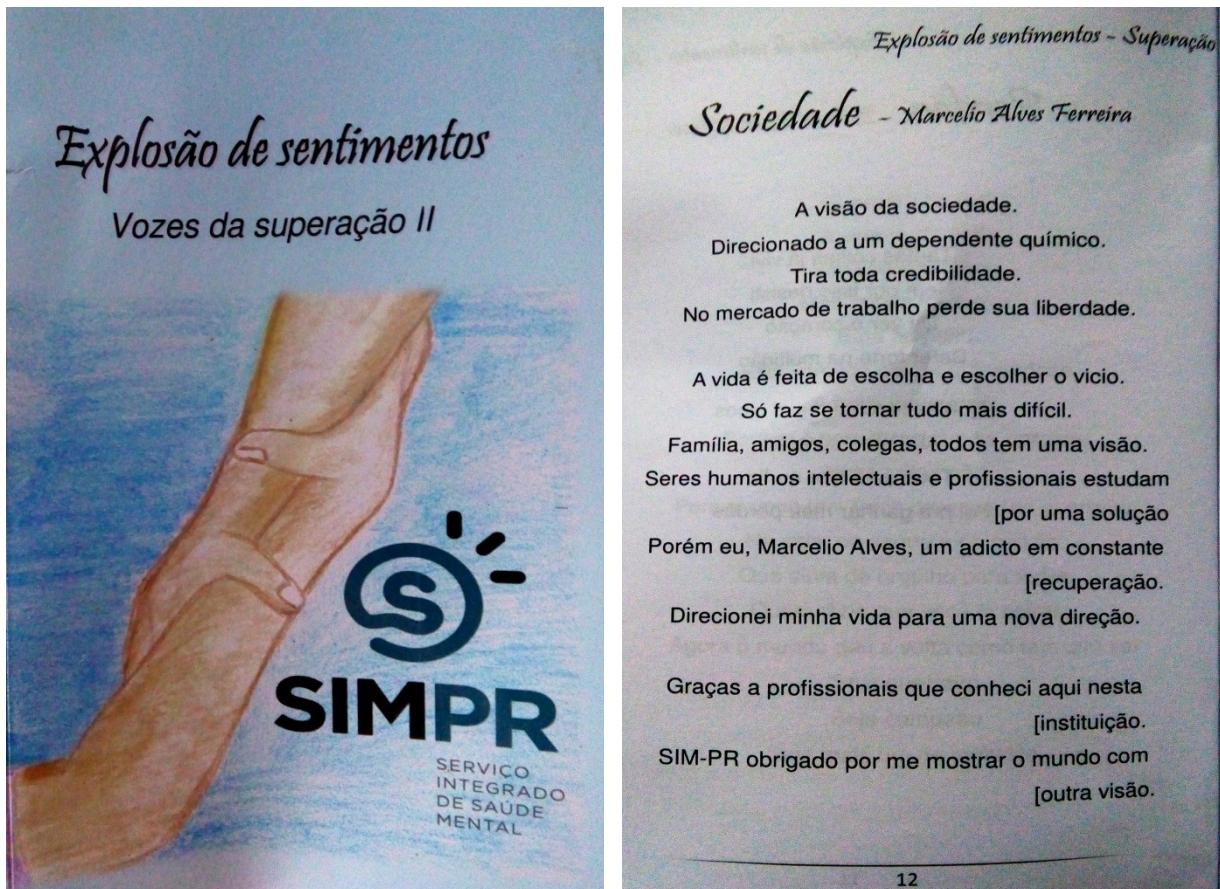
Não se deve acreditar que a subjetivação, isto é, a operação que consiste em dobrar a linha do fora, seja simplesmente uma maneira de se proteger, de se abrigar. Ao contrário, é a única maneira de enfrentar a linha e de cavalga-la: talvez se vá à morte, ao suicídio, mas, como diz Foucault numa estranha conversa com Schroeter, o suicídio tornou-se então uma arte que toma toda a vida. (DELEUZE, 1998, p. 141)

No segundo volume das poesias do SIMPR publicadas no ano de 2016, os poemas estão divididas por temáticas, como por exemplo, superação, família, amor, paixão e amizades e temas diversos. Algumas das poesias, como os dois poemas aqui apresentados expressam gratidão aos serviços do SIMPR, mas ao mesmo tempo expõem seus sentimentos a partir das experiências vivenciadas.

Segundo Maria Aguirre, as publicações dos livros são formas de estimular a participação dos pacientes nas oficinas terapêuticas e de valorizar suas habilidades, trabalhos realizados e sua autoestima, muitas vezes já perdida devido à dependência. Todos os projetos possuem objetivos terapêuticos e na perspectiva dos envolvidos, o resultado da elaboração das

poesias e a forma como foi conduzido o plano terapêutico foi considerado positivo para a recuperação dos pacientes.

Figura 56: Capa e um dos 29 poemas publicados no Livro: "Explosão de Sentimentos: Vozes da Superação II"



Fonte: FARIAS; MARTINS, 2016.

Portanto, tomando a perspectiva de subjetivação de Foucault, que segundo Deleuze “é fazer com que ela [a linha] mesmo se afete em vez de afetar outras forças: uma dobra, uma relação de força consigo. Trata-se de duplicar a relação de forças, de uma força consigo que nos permita resistir, furtar-nos, fazer a vida ou a morte voltarem-se contra o poder.” (1998, p.123). Diante do exposto, é possível compreender que o poeta/paciente, em seu processo de subjetivação procura se reconstituir, redirecionando sua vida a partir de uma visão diferente daquela que ele tinha até então. Se reconhecer enquanto “adicto em constante recuperação”, como informou a coordenadora do SIMPR é imprescindível para se reinserir na sociedade.

Durante a visita realizada no SIMPR e ao conversar com a pedagoga responsável pelo projeto da Oficina Cultural, Carla Martins informou que um dos espaços mais visitados da instituição é a biblioteca.

Figura 57: Biblioteca do SIMPR



Fonte: Arquivo da Autora. Cascavel. 19/04/2017.

Figura 58: Pinturas nas Paredes da Biblioteca do SIMPR



Fonte: Arquivo da Autora. Cascavel. 19/04/2017.

Uma sala pequena, com poucas estantes de livros, alguns ainda desorganizados vindos de doações, apenas três mesas com algumas banquetas. Porem um ambiente agradável, com uma decoração suave, com pinturas e temas relacionados à leitura, escrita, livros e imaginação, trechos de livros, frases e pensamentos de motivação. Além da biblioteca, outros espaços também são utilizados para desenvolver os projetos culturais, como por exemplo, o auditório da instituição, espaços ao ar livre, visitas a locais e exposições culturais fora da instituição.

O espaço interno do SIMPR é bastante amplo com salas individuais para o atendimento, bem como salas maiores para as atividades em grupo. Os quartos para acolhimento são individuais e cada acolhido fica responsável pela higiene e organização do mesmo. Há um banheiro de uso coletivo para cada dois quartos.

Figura 59: Ala dos Quartos do SIMPR



Fonte: Arquivo da Autora. Cascavel. 19/04/2017.

Segundo informou a assistente que acompanhou durante a caminhada pelas dependências do SIMPR, a maioria das pessoas que chegam para acolhimento na unidade são de baixa renda, muitos deles vivem em condição de rua e, ao se depararem com o ambiente acolhedor do SIM, com uma cama, roupas de cama e banheiros limpos para viverem por um

curto período de tempo, quando recebem altas não querem ir embora, querem permanecer no local.

Segundo Maria Aguirre, a maioria dos pacientes que estão acolhidos no SIMPR, está “com rompimento de vínculo familiar, ou estão com vulnerabilidade social, moradores de rua, que não tem naquele momento onde estar” (2017). Para Pagot, os sujeitos acometidos de algum transtorno mental que vivem em situação de rua sofrem pelo estigma social devido à sua falta de moradia e sofre pelo estigma relacionado à doença mental. Na visão da autora:

A vida na rua, para os doentes mentais em particular, reveste-se de maiores dificuldades com relação a outros habitantes na mesma condição. Isso porque são criminalizados pela polícia e objeto de agressão da comunidade, transeuntes e inclusive de outros ‘sem-teto’, com quem não chegam a desenvolver laços sociais. (PAGOT, 2012, p. 87)

Diante do exposto, percebe-se que estes sujeitos encontram no acolhimento do serviço psiquiátrico uma alternativa, pelo menos temporária, para superar a sua condição de morador de rua. Além, dos moradores de rua, também há aqueles que estão sob ameaça de morte devido ao envolvimento com o tráfico, que veem no SIMPR, não apenas uma forma de tratamento, mas uma possibilidade de sobrevivência e de fuga do “mundo exterior”. É preciso ter em vista que durante o acolhimento, o paciente tem acesso não só a bens materiais, como uma acomodação limpa, mas acima de tudo, ele foi acolhido, recebeu atenção, foi valorizado pelas suas ações e potencialidades. Atitudes que geralmente, não faziam parte do seu cotidiano.

De acordo com a coordenadora do SIMPR, a equipe de profissionais da unidade trabalha com foco na humanização e recuperação do paciente em sua totalidade. Embora o serviço seja referência para dependentes de álcool e outras drogas, o foco não é a droga, mas o sujeito múltiplo e a recuperação de suas relações em sociedade. Assim como nas poesias os pacientes se expressam e expõem sentimentos, muitas vezes adormecidos pelas duras batalhas do dia-a-dia. Através das pinturas nas paredes os usuários dos serviços também se expressam e deixam suas marcas, contribuindo para o embelezamento do local, como também para a sua recuperação e reinserção social.

Ao caminhar pelas dependências do SIMPR é possível se deparar com obras dos usuários expressas pelas paredes do prédio. Utilizada também como uma oficina terapêutica, aqueles pacientes que possuem habilidades artísticas para pinturas são incentivados a contribuir para a decoração do espaço. E, assim cada paciente o faz, valorizando as potencialidades de cada um.

Figura 60: Pinturas nas Paredes SIMPR realizada pelos Usuários do Serviço.

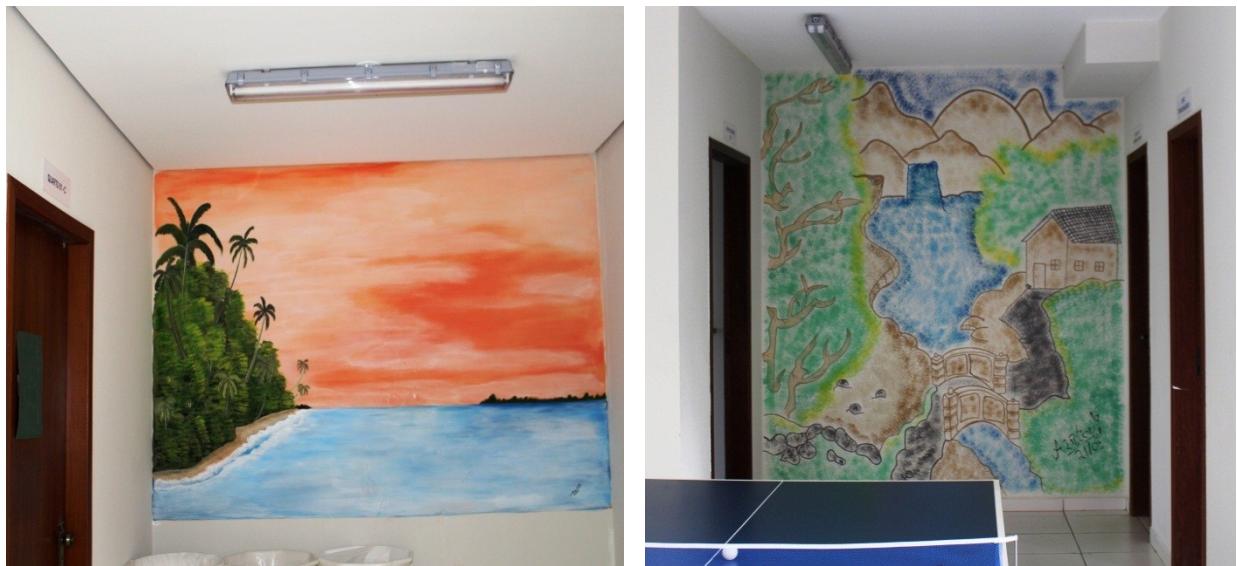


Fonte: Arquivo da Autora. Cascavel. 19/04/2017.

Assim, essa imagem revela parte das instalações do SIMPR através de um “fragmento congelado”, como afirma Kossoy (2001). As pinturas expressas nas paredes promove uma reflexão sobre as experiências vividas pelos sujeitos, sobre seus fracassos, medos, vitórias e possibilidades de “vencer na vida”.

Em outra pintura, o artista compõe sua obra em duas paredes ou complementa a obra de outro artista. Apesar de a imagem a seguir, ser fruto de uma seleção do fotógrafo, como afirma Kossoy (2001), de ter passado pelo “filtro cultural do fotógrafo”, ela representa também, a possibilidade de reinventar-se dos usuários do serviço para superar a doença mental. Outros artistas buscam encontrar seu caminho por diversas paisagens. Assim se compõem as decorações do SIMPR permeadas por histórias de vida expressas nas paredes, folhas de papel e em diversas experiências vividas na instituição.

Figura 61: Paisagens nas Paredes do SIMPR



Fonte: Arquivo da Autora. Cascavel. 19/04/2017.

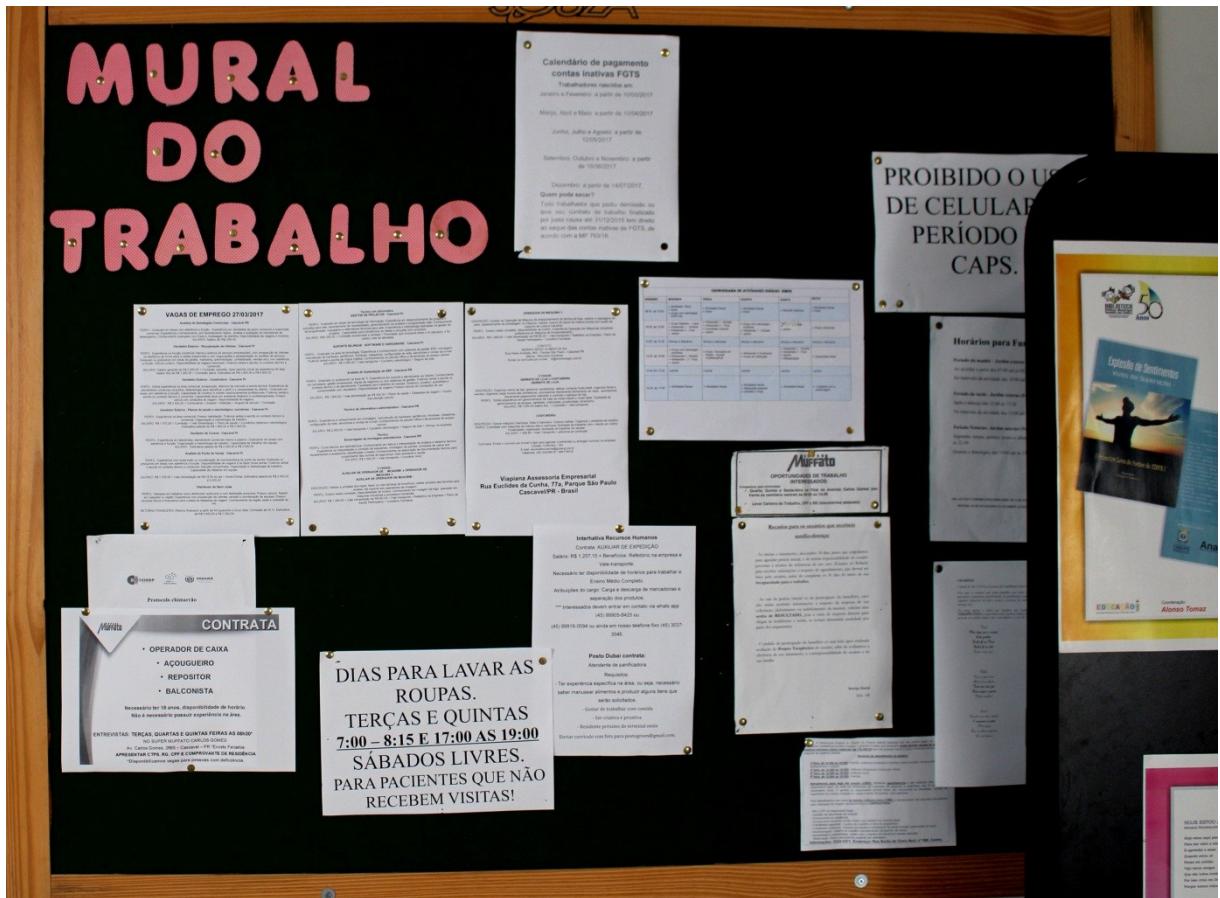
Figura 62: Pinturas nas Paredes Internas realizadas pelos Usuários do SIMPR



Fonte: Arquivo da Autora. Cascavel. 19/04/2017.

Conforme exposto no Projeto Terapêutico do SIMPR, a unidade trabalha em parceria com outras instituições para a retomada dos usuários do serviço no mercado de trabalho. Para isto, existe um mural, no corredor onde se afixam as informações sobre os locais e vagas de emprego. Embora, o preconceito em relação ao doente mental e ao dependente químico seja uma realidade no país, muitos usuários saem da unidade com emprego e aqueles que já possuem, mas não receberam alta, conseguem flexibilizar junto à empresa para dar continuidade ao tratamento.

Figura 63: Mural de Informações para os Usuários do SIMPR



Fonte: Arquivo da autora. Cascavel. 19/04/2017.

De acordo com o depoimento da coordenadora do SIMPR a estrutura do serviço é muito grande e, por isso, demanda um alto custo, tanto para sua manutenção e as necessidades básicas, como o quadro de funcionários. Maria Aguirre informou que 80% da folha de pagamento é com profissionais e o valor custeado pelo governo do Estado é insuficiente. Em suas palavras:

Nós somos habilitados com três serviços pelo ministério, existe uma contrapartida do estado, então hoje nós recebemos exatamente R\$238.000,00, é o valor que a gente tem e nós temos 47 funcionários. Então 80% desse valor é folha de pagamento, porque nós temos 90% da equipe multidisciplinar é nível universitário, nível superior. Então nós temos pouquíssimo nível médio, é tudo nível superior e encarece muito a folha. Então a gente tem R\$238.000,00, dá? Não dá. Até agora a gente teve que contratar mais um psiquiatra, porque não dá conta um só, mais um terapeuta ocupacional, mais um assistente social e a gente sabe, está nos faltando praticamente entre aspas R\$ 60.000,00 por mês, que a gente não tem. Sabe aqui não é proposta do município custear, então em contrapartida é pra ser mantido com o governo do estado, governo federal, só que as portarias ministeriais, o último aumento foi em 2012, 2013 e não teve mais aumento.

Então a gente está trabalhando com valor da portaria com valor referente a 2013, nós estamos em 2017, então cada ano a licitação aumenta 15 a 30% do que solicita, aumenta a folha, todo ano tem aumento de funcionário, tem aumento o tempo todo o valor não dá né? Hoje nós estamos com dificuldade déficit financeiros. (AGUIRRE Maria, 2017).

A dificuldade financeira enfrentada pelo SIMPR faz parte da realidade de outras unidades de assistência à saúde mental. Verificou-se que os serviços alternativos estão quase sempre operando em déficit financeiro ou o mínimo possível para se manter aberto. Alguns, inclusive realizam feiras e bazares para vender os trabalhos artesanais para arrecadar dinheiro para comprar materiais e continuar com as oficinas terapêuticas.

O SIMPR precisaria de aproximadamente 25% a mais que o seu orçamento atual para operar com tranquilidade. Aqui percebemos presente um dos problemas levantados por críticos da reforma psiquiátrica, que se refere ao não redirecionamento das verbas antes destinadas aos leitos psiquiátricos em hospitais especializados que foram fechados, para custear os serviços alternativos que passaram a ser abertos desde a promulgação da Lei Nº 10.216/01, evidenciando a falta de interesse do Estado em investir na saúde pública, em especial na assistência à saúde mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de reformulação da assistência psiquiátrica no Brasil vem sendo discutido desde a década de 1970. Após diversos debates e mobilizações dos sujeitos relacionados a este setor da saúde, foi elaborado em 1989 o projeto de lei com o objetivo de reestruturar o atendimento psiquiátrico no país. Depois de passar por várias reformulações, originou-se a Lei Federal N° 10.216 aprovada em 6 de abril de 2001 que regulamenta e reorganiza a assistência psiquiátrica em todo o Brasil.

Ao analisar a reforma psiquiátrica e sua implantação no Brasil, podemos concluir que o estabelecimento de leis e regulamentações do Ministério da Saúde não garante a efetivação prática da reforma psiquiátrica, fazendo-nos pensar que a assistência psiquiátrica no país se refere a um processo complexo, até mesmo contraditório em alguns momentos e longe de ser visto como um modelo ideal de assistência à saúde. Neste sentido, é preciso considerar que o processo de transformação das práticas assistenciais é lento e demanda, entre outros elementos, transformações socioculturais, principalmente no que se refere à compreensão da doença mental e na produção do saber médico em como tratar e cuidar dos sujeitos acometidos por tais transtornos.

A partir das fontes analisadas, foi possível observar que quando se refere à saúde mental, nos remetemos a um longo período de tratamento ao louco, no qual o principal objetivo era o isolamento e sua exclusão social, materializado a partir do final do século XIX nos hospitais psiquiátricos. Contra isso, temos 17 anos de reforma psiquiátrica que propõe a assistência em serviços alternativos ao modelo hospitalocêntrico, em liberdade, com cuidados e atenção que privilegiam a subjetividade e individualidade de cada um. Citando a fala de um informante, “estamos falando de um bebê que engatinha (a reforma), perto de um idoso (o hospital) que já está defasado e ultrapassado pelo avanço de novas práticas assistenciais.”

Um dos elementos presentes neste debate refere-se à questão da hegemonia acerca do saber/poder psiquiátrico. Como vimos com Foucault, durante muito tempo o saber/poder ficou centralizado nas mãos do médico psiquiatra que se utilizava do hospital psiquiátrico para legitimar seu poder. Com a reforma, a criação de serviços extra-hospitalares e o estabelecimento de uma Rede de assistência à saúde mental, este saber/poder se descentraliza, se disseminando entre outros profissionais e outras áreas do conhecimento que atuam em Rede e passaram também a exercer o seu poder sobre o doente mental. Assim, no modelo contemporâneo de assistência psiquiátrica o médico não deixa de exercer o seu poder,

contudo não é o único a tomar as decisões sobre os direcionamentos acerca do tratamento dos doentes mentais.

Foi possível observar que os diversos sujeitos relacionados aos hospitais psiquiátricos privados no Paraná, buscam de várias formas se articularem para se manterem ativos. De um lado, temos os “empresários da loucura”, que para se manter ativos diante do processo de fechamento de leitos psiquiátricos, elaboram estratégias e reelaboram discursos para se colocarem como serviços necessários e indispensáveis para a assistência à saúde mental. De outro lado, temos os defensores da reforma psiquiátrica, que lutam pela melhoria e apontam os serviços extra-hospitalares como a melhor forma de tratamento para o doente mental.

Ao analisar os discursos de uma usuária dos serviços de saúde mental e seus familiares, que relataram a experiência traumática vivenciada durante o internamento em uma instituição psiquiátrica e, posterior à alta, o tratamento recebido em um centro de atenção psicossocial, foi possível compreender como a saúde mental é algo complexo. Após relatar seus traumas vivenciados dentro da instituição psiquiátrica, o internamento ainda é visto como imprescindível para o processo de tratamento, especialmente ao período de estabilização de crises. No que se refere ao serviço CAPS, percebe-se que este foi fundamental para o processo de recuperação e manutenção da estabilidade psicológica da depoente. Neste sentido, a partir dos depoimentos é possível concluir que a visão da família sobre as duas modalidades de atendimento é a de complementação, isto é, para os depoentes, os dois serviços são fundamentais e um complementa o outro.

A apreciação das fontes permitiu observar que é atribuído à família um papel de protagonismo durante o tratamento e ao mesmo tempo, notar um despreparo dos familiares em conhecer e lidar com o doente mental. Percebe-se que os serviços alternativos de assistência à saúde mental atribuem uma responsabilidade maior para a família, tornando-a corresponsável pelo sucesso da recuperação e/ou estabilização dos doentes mentais. Entretanto, nem sempre os familiares querem fazer parte do tratamento ou têm condições econômicas para tal. Trata-se de um processo complexo, que exige além da oferta de serviços assistenciais, uma promoção de políticas públicas voltadas para transformar culturalmente a visão sobre como lidar com o doente mental.

A reforma psiquiátrica ocasionou o fechamento de diversos hospitais psiquiátricos. Um deles, o Hospital São Marcos, como vimos, este permaneceu por cerca de 30 anos como único serviço de saúde mental existente em Cascavel e região. O seu processo de fechamento inicia-se com os debates para a elaboração do Projeto Municipal de Saúde Mental e refere-se a um movimento permeado por disputas políticas, econômicas e sociais. Entretanto, observou-

se que os serviços alternativos de assistência à saúde mental só passaram a ser efetivados após o encerramento das atividades do hospital psiquiátrico.

Ao realizar a pesquisa de campo e conhecer os serviços de saúde mental de Cascavel, observou-se que o município está estruturando o atendimento em Rede, articulando-se entre vários serviços públicos da cidade. Porém, é possível concluir que apesar da estruturação dos serviços de Cascavel, eles não são suficientes para atender a demanda existente. Além disso, as verbas que deveriam ser destinadas aos serviços alternativos após o fechamento de leitos psiquiátricos, conforme apontaram os depoimentos, não estão chegando totalmente ao seu destino final em benefício do usuário dos serviços de saúde mental.

Após concluir a pesquisa, quero informar ao leitor que as considerações finais deste trabalho deveriam ter outro título, como por exemplo, a nova reforma psiquiátrica para os defensores de hospitais psiquiátricos ou desforma psiquiátrica para os defensores de serviços extra-hospitalares. Diante do cenário nacional político que estamos vivenciando, com projeções futuras de avanço das privatizações, inclusive da área da saúde, poderemos infelizmente, ver nos próximos anos, um retrocesso na área assistencial. Há alguns defensores da saúde mental no Brasil que afirmam que este retrocesso já se instaurou.

Recentemente, ao final do ano de 2017, houve uma alteração na legislação que regulamenta a saúde mental no Brasil. A Resolução nº 32/17 e a Portaria nº 3.588/17, alteraram a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Entre as medidas aprovadas estão a suspensão da extinção progressiva dos leitos psiquiátricos, preconizada na Lei Nº 10.216; o aumento do financiamento para leitos psiquiátricos em instituições especializadas; a inclusão das comunidades terapêuticas na categoria de serviços da rede de atenção. (CFSS, 12/12/2018). Estas, entre outras alterações promoveram um grande debate e geraram diversas polêmicas entre os principais atores envolvidos.

Neste processo, temos os diferentes grupos sociais expondo suas opiniões e elaborando suas estratégias para defender seus interesses. Assim, de um lado, temos um grupo formado por integrantes da base aliada do governo federal, donos de hospitais psiquiátricos, a ABP, entre outros, que defendem que a alteração na lei era urgente e necessária, pois os hospitais já estavam operando com o valor da diária abaixo do necessário há algum tempo. Além disso, defendem a ideia de que o hospital psiquiátrico é fundamental para a sociedade e com esta alteração os hospitais “poderão ter esperança novamente, pois ganharão uma sobrevida”. (FOLHA UOL, 13/12/2017).

Outro grupo, formado por defensores da luta antimanicomial, como por exemplo, o Conselho Federal de Psicologia, Conselho Federal de Serviço Social, entidades formadas por

usuários, ex-usuários dos serviços de saúde mental e seus familiares, critica as mudanças, afirmando que a nova medida representa um retrocesso de cerca de 30 anos, fortalecendo o hospital psiquiátrico, pois propõe uma retomada nos financiamentos destes, levando os críticos a refletir sobre o risco de desfinanciamento dos serviços alternativos da saúde mental, comprometendo a assistência psiquiátrica baseada nos princípios da liberdade, acolhimento e tratamento digno. (AGÊNCIA BRASIL, 14/12/2017)

Para os grupos que defendem a Lei Nº 10.216/01 houve um avanço significativo nos últimos 30 anos de debate, pois modificou-se a forma de financiamentos da saúde mental, fechou-se leitos psiquiátricos, abriu-se novos centros de atenção psicossocial e de assistência em Rede. Desde a implantação da reforma, houve uma inversão da lógica assistencial passando do internamento à liberdade. Para este grupo, a reforma psiquiátrica questionou as velhas práticas assistenciais que continuam a perdurar no atendimento à saúde mental. Agora, com a revisão da política nacional de saúde mental, teme-se por um redirecionamento do financiamento público e das práticas assistenciais para a visão hospitalocêntrica.

Já para os que defendem a nova mudança na legislação, as críticas se referem à Lei Nº 10.216/01 que teria fechado os hospitais psiquiátricos e abandonado os doentes mentais à sua própria sorte, ocasionando um desfinanciamento nos serviços de saúde mental. (AGÊNCIA BRASIL, 14/12/2017). Para este grupo, os hospitais irão retomar suas forças e irão beneficiar os doentes mentais.

Portanto, diante dos novos elementos apontados, podemos afirmar que o processo de pesquisa e construção do conhecimento histórico é algo que está em constante movimento, um processo contínuo no fazer historiográfico. Assim, inicio este trabalho refletindo sobre as mudanças ocasionadas pela lei que ficou conhecido como lei da reforma psiquiátrica e, concluo este texto, porém não a discussão, lançando um olhar sobre as mudanças ocasionadas pela resolução e portarias ministeriais lançadas ao final de 2017, que entre outros elementos, poderá proporcionar uma reinversão das práticas assistenciais. Encerro por aqui, deixando minhas análises e reflexões para que outros historiadores lancem no futuro, um olhar sobre a saúde mental e sobre este texto, compreendendo-o como uma pesquisa histórica datada, pois, novos tempos estão por vir, talvez travestidos de velhas práticas.

FONTES

ARQUIVOS PESQUISADOS

Acervo Particular do depoente Augusto Fonseca da Costa, selecionado pelos próprios depoentes e cedido à autora.

Biblioteca Pública Municipal de Cascavel

Câmara Municipal de Cascavel

Conselho Municipal de Cascavel

Secretaria Municipal de Saúde – Divisão de Saúde Mental

FONTES ORAIS

AGUIRRE, Maria Vilma Sopchuk. 42 anos. Coordenadora do SIMPR desde a sua implantação em 2015. Graduada e Mestre em Administração. Reside em Cascavel - PR. Entrevista concedida nas dependências do SIMPR em 19 de abril de 2017.

APOLINÁRIO, Marcia Regina Caetano. 44 anos. Assistente Social do CAPSi. Graduada em Serviço Social. Residente em Cascavel – PR. Entrevista concedida nas dependências do CAPSi em 03 de abril de 2017.

BACH, Iara Agnês Costa. 57 anos. Gerente da Divisão de Saúde Mental de Cascavel desde 2006. Graduada em Assistência Social com especializações na área de saúde pública e saúde mental. Entrevista concedida nas dependências da Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel em 6 de dezembro de 2016.

BARANCELLI, Aline. 33 anos. Coordenadora Regional de Saúde Mental da 10ª RS, atua no cargo desde meados de 2015. Graduada em Psicologia. Residente em Cascavel. Entrevista concedida nas dependências da Sede da 10ª Regional de Saúde em Cascavel em 6 de dezembro de 2016.

BERNARDO, Patsy Adriana Pinheiro. 28 anos. Psicóloga do CAPS III. Graduada em Psicologia. Residente em Cascavel – PR. Entrevista concedida nas dependências do CAPSIII em 20 de março de 2017.

COSTA, Augusto Fonseca: 65 anos, Casado com Tânia Fonseca da Costa, Médico psiquiatra, ex - proprietário do Hospital São Marcos. Reside em Cascavel-PR. Entrevista concedida na residência do depoente em 7 de outubro de 2016.

COSTA, Tânia Fonseca: 50 anos, Casada com Augusto Fonseca da Costa. Graduada em Pedagogia e Administração. Era uma das responsáveis pela administração do Hospital São Marcos. Reside em Cascavel-PR. Entrevista concedida na residência do depoente em 7 de outubro de 2016.

Dona Ladir (Pseudônimo): 70 anos, viúva, aposentada, mãe de Frida, usuária dos serviços de saúde mental. Reside em Cascavel. Entrevista concedida na residência do depoente em 19 de janeiro de 2018.

Frida (Pseudônimo): 35 anos, usuária dos serviços de saúde mental desde 2015. Divorciada. Reside em Cascavel. Entrevista concedida na residência da depoente em 19 de janeiro de 2018.

LEISENFELD, Neiva Maria. 37 anos. Coordenadora do CASM desde Agosto de 2016. Graduada em Assistência Social com especialização em saúde mental. Residente em Cascavel – PR. Entrevista concedida nas dependências do CASM em 20 de março de 2017.

MAZZUCHI, Ângelo. 50 anos. Promotor de Justiça - Promotor de Saúde Pública. Participou do processo de fechamento do Hospital São Marcos, colaborou com os debates para a estruturação da rede substitutiva na cidade de Cascavel, foi responsável pelo processo de abertura de leitos psiquiátricos para adolescentes no HUOP. Reside em Cascavel-PR. Entrevista concedida nas dependências do Fórum de Cascavel em 17 de abril de 2017.

REIS, Sônia de Fátima. 55 anos. Coordenadora do CAPS III desde 2012. Formada em pedagogia, possui formação e especializações na área de saúde mental. Residente em Cascavel – PR. Entrevista concedida nas dependências do CAPS III em 20 de março de 2017.

RODRIGUES, Maribel Lopes. 54 anos. Coordenadora do CAPSad. Foi coordenadora do primeiro CAPS implantado no município em 2004, permanecendo no cargo até hoje. Formada em Assistência Social. Residente em Cascavel-PR. Entrevista concedida nas dependências do CAPSad em 03 de abril de 2017.

SEKI, Kamila. 29 anos. Terapeuta Ocupacional do CAPSi. Graduada em Terapia Ocupacional. Residente em Cascavel-PR. Entrevista concedida nas dependências do CAPSi em 03 de abril de 2017.

VIDAL, Laerson Matias. 55 anos. Membro do Conselho Municipal de Saúde. Bancário por profissão. Militante político concorreu em diversas eleições ao pleito eleitoral. Foi Presidente do CMS em 2001 no início dos debates para a implantação da rede substitutiva e participou do processo de fechamento do Hospital São Marcos. Entrevista concedida nas dependências do Conselho Municipal de Saúde de Cascavel em 4 de julho 2014.

JORNAIS IMPRESSOS POR ORDEM CRONOLÓGICA

JORNAL O PARANÁ. “Hospital São Marcos: 30 anos a serviço da saúde mental.” Cascavel. 11 de outubro de 2001.

JORNAL O PARANÁ. “Hospital São Marcos quer definir futuro junto com a comunidade.” Cascavel. 12 de outubro de 2001.

JORNAL O PARANÁ. “Hospital São Marcos recebe a comunidade”. Cascavel. 8 de Dezembro de 2001.

JORNAL O PARANÁ. “Estudantes farão Estágios no São Marcos”. Cadernos de Educação. Cascavel. 14 de março de 2003.

JORNAL O PARANÁ. “SUS Destaca Hospital São Marcos de Cascavel.” Cascavel, 9 de Julho de 2003.

JORNAL O PARANÁ. “Edgar quer evitar o fechamento de Hospital”. Cascavel, 14 de agosto de 2003.

JORNAL O PARANÁ. “Saúde lança projetos para a psiquiatria”. Cascavel, 28 de setembro de 2003.

JORNAL GAZETA DO PARANÁ. “Doentes Mentais: Saúde conclui processo de transição”. Cascavel 25 de outubro de 2003.

JORNAL O PARANÁ. “São Marcos: Cascavel fica sem serviço de emergência”. Cascavel, 5 de novembro de 2003.

JORNAL GAZETA DO PARANÁ. “Promotor quer mais vagas nos hospitais particulares”. Cascavel, 26 de novembro de 2003.

REVISTA CONTATO. A Reforma Psiquiátrica: 10 Anos depois da Lei nº10.216/01. Ano 13. Edição nº75. Revista do Conselho Regional de Psicologia do Paraná (CRPPR), Mai/Jun, 2011.

FONTES MUNICIPAIS

ATAS das Reuniões do Conselho Municipal de Saúde. Período Pesquisado de 2001 à 2003.

CASCAVEL, Projeto de Saúde Mental. Secretaria Municipal de Saúde. Cascavel, 2001.

CASCAVEL, Secretaria de Saúde Municipal. Projeto Terapêutico do Centro de Atenção Psicossocial – CAPSi, 2002a.

CASCAVEL, Secretaria de Saúde. Projeto de Ampliação e Reforma do Centro de Atenção Psicossocial – CAPSi, 2002b.

CASCAVEL. “Prefeito visita hospital São Marcos”. 21/05/2003. Disponível em: <http://www.cascavel.pr.gov.br/noticia.php?id=2052>. Acesso em 15 de julho de 2016.

CASCAVEL, Secretaria de Saúde. Projeto Terapêutico do CAPS ad, 2012a.

CASCAVEL, Secretaria de Saúde. Projeto Terapêutico do CAPS III, 2012b.

CASCAVEL, Plano Municipal de Saúde (2014-2017). Conselho Municipal de Saúde. Cascavel, 2014. Disponível em http://www.cascavel.pr.gov.br/arquivos/13032014_pms_2014-17.pdf. Acesso em 20 de setembro de 2017.

CASCAVEL, Prefeitura Municipal. Rede Hospitalar e número de leitos. Disponível em: <http://www.cascavel.pr.gov.br/secretarias/saude/pagina.php?id=142>. Acesso em 10/10/2016.

CASCAVEL, Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde: Unidades de Saúde. Disponível em: <http://sesau.cascavel.pr.gov.br/unidadesdesaude.html>. Acesso em 20 de setembro de 2017.

CASCAVEL, Prefeitura Municipal. Mapa Distrital. Disponível em: <http://sesau.cascavel.pr.gov.br/conhecaasesau.html>. Acesso em 08 de janeiro de 2018.

FARIAS, Denise; MARTINS, Carla Alves Ribeiro(orgs). Explosão de Sentimentos: Vozes da Superação II , SIMPR. Cascavel: IGOL, 2016.

FONTES ESTADUAIS

AÇÃO CIVIL PÚBLICA, apresentada pelo Promotor Ângelo Mazzuchi ao EXMº Juiz de Direito da Vara da Infância e a Juventude da Comarca de Cascavel/PR contra a Universidade Estadual do Oeste do Paraná, responsável pelo Hospital Universitário – HUOP. Cascavel, 18 de julho de 2006. Disponível em: goo.gl/FwkQgU. Acesso em 15/10/2015.

PARANÁ, Ata da 126ª Reunião Ordinária do Conselho Estadual de Saúde do Paraná CES/PR, realizada no dia 12 de dezembro de 2006. Disponível em: http://www.conselho.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Atas/2006/ORD/126_06.pdf. Acesso em 15/12/2016.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Plano Diretor de Regionalização - PDR. SESA, Curitiba, 2009.

PARANÁ, Universidade Estadual do Oeste. Plano Diretor do HUOP (2013-2014). Cascavel, 2013.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. A Rede de Atenção à Saúde Mental no Paraná e a competência da APS. Curitiba: SESA. Março de 2014a.

PARANÁ, Coordenação Estadual de Saúde Mental. Rede de Atenção à Saúde Mental no Paraná. SESA. Abril de 2014b.

PARANÁ, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Oficinas do APSUS: Formação e Qualificação do Profissional e Atenção Primária à Saúde. Oficina 8 – Saúde Mental. Curitiba, Paraná. Março de 2014c.

PARANÁ, Universidade Estadual do Oeste. Plano Diretor do HUOP (2015-2017). Cascavel, 2015.

PARANÁ, Coordenação Estadual de Saúde Mental. A Rede de Atenção Psicossocial do Paraná. Material de Capacitação. Projeto Semear. Ministério Público do Paraná. Junho de 2016a.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Plano Estadual de Saúde Paraná 2016-2019 – Curitiba: SESA, 2016b.

PARANÁ, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Projeto Terapêutico do SIMPR. Cascavel, sem data.

PARANÁ. Rede de Saúde Mental: Norma geral de regulação do fluxo assistencial hospitalar em saúde mental. 2016c.

PARANÁ, Secretaria de Saúde do Estado – SESA. Mapa das Regionais de Saúde do Paraná. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=119>. Acesso em 10/10/2016.

FONTES NACIONAIS

BRASIL. Ministério da Saúde. Legislação em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde. 2001.

BRASIL. Código Civil Brasileiro. Lei Nº 10.406, de 10 de Janeiro de 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. 2.ed. rev. ampl.– Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Caminhos para uma Política de Saúde Mental infanto-juvenil. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – 2 ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL, Ministério da Saúde. População Residente no Paraná em 2009. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poppr.def>. Acesso em 15/01/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Legislação em saúde mental (2004-2010). Brasília: Ministério da Saúde. 2010.

BRASIL, DATASUS. Saúde Pública em Alerta: No Brasil, mortes por depressão crescem mais de 700% em 16 anos mostram dados do DATASUS. 20 de agosto de 2012. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/noticias/atualizacoes/512-saude-publica-em-alerta-no-brasil-mortes-por-depressao-crescem-mais-de-700-em-16-anos-mostram-dados-do-datasus> Acesso em 04/08/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados - 11, ano VII, nº 11. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2012, p. 21. Disponível em: http://www.mpse.mp.br/Caop/Documentos/AbrirDocumento.aspx?cd_documento=1832 Acesso em 15/10/2016.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Estabelecimentos de saúde com atendimento de emergência psiquiátrica. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/cartograma/mapa.php?lang=&coduf=41&codmun=410480&idtema=5&codv=v90&search=parana|cascavel|sintese-das-informacoes-2009>. Acesso em 10/11/2016.

BRASIL. Rede de Atenção Psicossocial. Ministério da Saúde (sem data). Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/RAPS.pdf> Acesso em: 19/05/2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Guia de Saúde Mental: atendimento e intervenção com usuários de álcool e outras drogas. Caminhos do Cuidado. 2013a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde Mental (Cadernos de Atenção Básica, nº 34). Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar. Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Cadernos de Atenção Básica, nº39). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília, 2014b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. Pesquisa selecionada “Leitos” em Cascavel-Paraná. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=41&VMun=410480&VComp=201712 Acesso em 15/01/2018.

PÁGINAS ELETRÔNICAS CONSULTADAS

APPSIQ. “Criar leitos psiquiátricos não resolve problema dos doentes mentais”. 09/04/2008. Disponível em: <http://www.psiquiatriapr.org.br/noticia2854/> Acesso em 19/07/2016.

APPSIQ, “Reforma Psiquiátrica Completa 10 anos em meio á Críticas”. 16/05/2011. Disponível em: <http://www.psiquiatria-pr.org.br/noticia.php?cod=2143>. Acesso em 18/07/2016.

ASSME, Ricardo. “A Falência da Reforma Psiquiátrica” 29/10/2015. In: Blog Psiquiatria Simples. <http://ricardoassme.blogspot.com.br/2015/10/onde-estao-os-leitos-psiquiatricosem.html>. Acesso em 19/07/2016.

CFM, Conselho Federal de Medicina: “Hospitais do Paraná firmam compromisso de modernização do modelo de saúde mental”. 22/08/2002. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1094:&catid=3. Acesso em 25 de setembro de 2017.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. Mudanças na Política Nacional de Saúde Mental: mais uma ameaça do governo ilegítimo. 12/12/2017. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1439>. Acesso em 15/02/2018.

CGN. Saúde Mental: “Cascavel tem 2 mil pessoas na fila de espera”. 19 de junho de 2017. Disponível em: <http://cgn.uol.com.br/noticia/233954/saude-mental-cascavel-tem-2-mil-pessoas-na-fila-de-espera>. Acesso em 26 de junho de 2017.

FEHOSPAR. “Paraná tem Defasagem de 7 mil leitos psiquiátricos”. 31/05/2010. Disponível em: http://www.fehospar.com.br/news_det.php?cod=5168 Acesso em 06/03/2017.

FOLHA UOL. Nova Política de Saúde Mental dará sobrevida a hospitais Psiquiátricos. 13/12/2017. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/12/1942890-nova-politica-de-saude-mental-dara-sobrevida-a-hospitais-psiquiatricos.shtml>. Acesso em 15/02/2018.

JORNAL DO POVO ONLINE. “Falta de leitos e verba preocupa Hospital Psiquiátrico de Maringá”. 14/02/2009. http://www.maringamais.com.br/?pag=noticias_destaque&id=856. Acesso em 05 de julho de 2014.

JORNAL GAZETA DO POVO. Brasil perde 6 mil leitos por ano. 11/09/2012. Disponível em: <http://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/brasil-perde-6-mil-leitos-por-ano-3il0q1khe02y3hysq42vl5a32>. Acesso em 15/01/2018.

JORNAL GAZETA DO POVO. “Nova ala de psiquiátrica vai reduzir cirurgias em hospital”. 10/02/2007. Disponível em: <http://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/nova-ala-de-psiquiatria-vai-reduzir-cirurgias-em-hospital-ad6icqfl0hxv2cnarg8bp564u>. Acesso em: 13/08/2016.

JORNAL GAZETA DO POVO. “Paraná gera déficit de leitos para atendimento psiquiátrico”. 26/01/2014. Disponível em: <http://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/parana-gera-deficit-de-leitos-para-atendimento-psiquiatrico9kzyzi0syfv5lrpp87tua6ury#ancora>. Acesso em: 01/03/2017.

JORNAL TRIBUNA PARANÁ. “Hospital Universitário de Cascavel reabre ala psiquiátrica”. 26/06/2007. Disponível em: <http://www.tribunapr.com.br/noticias/parana/hospital-universitario-de-cascavel-reabre-a-psiquiatria/>. Acesso em 13/08/2016.

JORNAL TRIBUNA PARANÁ ONLINE. “Curitiba não tem leitos para tratamento da saúde mental”. 12/06/2013. Disponível em: <http://www.parana-online.com.br/editoria/cidades/news/674382/?noticia=CURITIBA+NAO+TEM+LEITS+PARA+A+TRATAMENTO+DA+SAUDE+MENTAL>. Acesso em: 18/07/2016.

Organização Mundial de Saúde – OMS. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43541/5/978857288839_por.pdf?u=1. Acesso em 15/01/2018.

RATZKE, Osmar. (Presidente da Associação Paranaense de Psiquiatria.) “Paradoxo na assistência psiquiátrica.” Jornal Gazeta do Povo. In: Conselho Regional de Medicina –PR. 29/06/2007. Disponível em: <http://www.crmpr.org.br/Paradoxo+na+assistencia+psiquiatrica+13+639.shtml>. Acesso em 19/07/2016.

SINDIPAR. “Simplesmente Desumano: Fechamento”, 13/09/2004. Disponível em: http://www.sindipar.com.br/news_det.php?cod=429&busca=fechamento. Acesso em 20/06/2016.

SITES DAS INSTITUIÇÕES PSIQUIÁTRICAS:

Clínica de Recuperação Cleuza Canan: Curitiba. Disponível em: <http://cleuzacanan.com.br>.

Clínica Psiquiátrica CADMO: Curitiba. Disponível em: <http://www.clinicacadmo.com.br>.

Santa Casa de Saúde de Irati. Disponível em: <https://www.santacasadeirati.com>.

Hospital Municipal de Foz do Iguaçu. Disponível em: <https://www.facebook.com/hospitalmunicipaldefoz/?rf=152894748207892>.

SIMPR – Cascavel. Disponível em: <https://www.facebook.com/simprcascavel/>.

Centro de Saúde São Camilo. Disponível em: <http://www.centrodesaudesaocamilo.com.br>.

SITES VISITADOS

Câmara Municipal de Cascavel. Disponível em: <https://www.camaracascavel.pr.gov.br>.

IBGE. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>.

Ministério da Saúde. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/>.

Museu Imagem do Inconsciente. Disponível em: <http://www.museuimagensdoinconsciente.org.br/>.

Portal do Município de Cascavel. Disponível em: www.cascavel.pr.gov.br.

SESA, Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. Disponível em: www.saude.pr.gov.br.

UNIOESTE – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Disponível em: <https://www5.unioeste.br/portal/>.

INDICAÇÃO DE FILMES

BICHO DE SETE CABEÇAS. Direção: Laís Bodanzky. Gênero: Drama. Duração: 1h 30m. Brasil, 2001.

DÁ PARA FAZER (SIPUÓ Fare). Direção de Giulio Manfredonia. Gênero: Drama. Duração: 111 min. Itália, 2008.

HOLOCAUSTO BRASILEIRO: Hospital Colônia de Barbacena/MG. Diretores: Daniela Arbex e Armando Mendz. Gênero: Documentário. Duração: 1h 30m. Brasil, 2016.

NISE: CORAÇÃO DA LOUCURA. Direção: Roberto Berliner. Gênero: Drama/Filme biográfico. Duração: 1h 49m. Brasil, 2015.

REFERÊNCIAS

ABRAMO, Perseu. **Padrões de manipulação na grande imprensa**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2003.

ADAMY, Irene Spies. **Formação e organização política da classe dominante agrária: a Sociedade Rural do Oeste do Paraná**. Programa de Pós-Graduação em História. 2010, 173 f. Dissertação (Mestrado em História) - Centro de Ciências Humanas Educação e Letras Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Marechal Cândido Rondon, 2010.

AMARANTE, Paulo (Coord.) **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____ **O homem e a Serpente:** outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

_____ (Org.) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.

ANGELI, Daniela. **Uma Análise Arqueológica dos Discursos do Movimento de Luta Antimanicomial no Brasil.** Programa de Pós-Graduação em Psicologia. 2006,166 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

ANTUNES, Eleonora Haddad e outros (Org.). **Psiquiatria, loucura e arte:** fragmentos da História Brasileira. São Paulo: Edusp, 2002.

ARAUJO, Franciele Aparecida de. **A loucura encontra seu lugar:** um estudo sobre o processo de constituição da assistência psiquiátrica no Hospital Filadélfia de Marechal Cândido Rondon, Paraná. Programa de Pós-Graduação em História, 2011, 178 f. Dissertação (Mestrado em História) – Centro de Ciências Humanas, Educação e Letras da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Marechal Cândido Rondon. 2011.

ARMUS, Diego. *A Cidade Impura* (Tradução da autora). Buenos Aires, Edhasa, 2007.

BORGES, Vânia Venzel. **Prática deliberativa no Conselho Municipal de Saúde de Cascavel.** Toledo-PR. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, 2014, 76 f.. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Centro de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Estadual do Oeste do Paraná- Unioeste. Toledo, 2014.

BORGES, Viviane Trindade. **Loucos (nem sempre) mansos da estância:** controle e resistência no quotidiano do Centro Agrícola de Reabilitação (Viamão/RS, 1972-1982). Programa de Pós-Graduação em História, 2006, 196 f. Dissertação (Mestrado em História). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

BURKE, Peter. **Testemunha Ocular:** O Uso de Imagens como Evidência Histórica. São Paulo. Editora Unesp, 2017.

CAMPOS, Paulo Fernando de Souza. **Os enfermos da Razão:** cidade, planejada, exclusão e doença mental (Maringá, 1960-1980). São Paulo: Annablume; FAPESP, 2004.

CASTEL, Robert. **A ordem psiquiátrica:** A idade de ouro do Alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CERTEAU, Michel de. **História e Psicanálise:** Entre ciência e Ficção. 2. Ed. – Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2012.

CHARTIER, Roger. Introdução: Por uma sociologia histórica das práticas culturais. In: **A História Cultural:** entre práticas e representações. Lisboa-Rio de Janeiro: Difel/Bertrand Brasil, 1990.

CHIAVERINI, Dulce Helena (Org.), [et.al.]. **Guia prático de matriciamento em saúde mental.** [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

COSTA, Iara Agnes Bach. **Demandas Profissionais para o Assistente Social em uma equipe de apoio Matricial em Saúde Mental:** Projeto de Matriciamento em Saúde Mental. Projeto de Implantação de Serviço apresentado ao Curso de Pós-Graduação Lato Senso em Saúde Mental das Faculdades Itecne de Cascavel. Cascavel, 2011.

COSTA, Jurandir Freire. **História da Psiquiatria no Brasil.** 3^a ed. rev. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1980.

CRUZ, Heloisa Faria; PEIXOTO, Maria do Rosário; KHOURY, Yara Aun. Introdução. In: MACIEL, Laura Antunes; ALMEIDA, Paulo Roberto; KHOURY, Yara Aun (Orgs.). **Outras Histórias: Memórias e Linguagens.** São Paulo: Olho D'Água, 2006. Pp. 9-21.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. **O espelho do mundo:** Juquery, a história de um asilo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

DANTAS, Vânia de Freitas. **Arte, loucura e terapias:** uma reflexão contemporânea (o Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e as Oficinas Terapêuticas). Programa de Pós-Graduação em História, 2006. 170 f. Dissertação (Mestrado em História) – Instituto de História da Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, 2006.

DELEUZE, G. Um retrato de Foucault. In: **Conversações (1972-1990).** São Paulo: Ed. 34, 1998, p. 127-147.

DIAS, Teresinha Alves. **Reforma Psiquiátrica na Região Oeste do Paraná:** O discurso dos enfermeiros e suas práticas. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2008, 143 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008.

DIAZ, Fernando Sobhie. **Os movimentos sociais na reforma psiquiátrica:** o “novo” na história da psiquiatria do Brasil. Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, 2008, 335 f. Tese (Doutorado em História das Ciências) – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

DIGIÁCOMO, Murilo José. **Estatuto da criança e do adolescente anotado e interpretado.** Curitiba. Ministério Público do Estado do Paraná. Centro De Apoio Operacional das Promotorias da Criança e do Adolescente, 2010.

DOSSE, François. Michel Foucault, estruturalismo e pós-estruturalismo. In: **A história à prova do tempo:** Da história em migalhas ao resgate do sentido. São Paulo: Editora UNESP, 2001.

ENGEL, Magali Gouveia. **Os delírios da razão:** médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

FARIAS, Denise; MARTINS, Carla Alves Ribeiro. **Explosão de Sentimentos: Vozes da Superação II – SIMPR.** Cascavel: IGOL, 2016.

FOUCAULT Michel. **A história da loucura na idade clássica.** 5^a ed. São Paulo (SP): Perspectiva: 1972.

_____ **A ordem do discurso.** 4^a ed. São Paulo, SP: Edições Loyola: 1998.

_____ **A verdade e as Formas Jurídicas.** Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003.

_____ **Isto não é um Cachimbo.** Rio de Janeiro; Paz e Terra. 1988.

_____ **Microfísica do Poder.** Rio de Janeiro (RJ): Edições Gerais; 1979.

_____ **O nascimento da clínica.** 4^a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

_____ **O Poder Psiquiátrico:** Curso de Collège de France. (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____ **Os Anormais:** Curso do Collège de France. (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____ **Vigiar e Punir:** A história da violência nas prisões. 26^a ed., Petrópolis: Vozes, 1986.

FRAYZE, João A. Pereira. **O que é Loucura?** ; 4^a ed. São Paulo, SP: Brasiliense, 1985.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos.** São Paulo: Ed. Perspectiva, 1974.

JUCÁ, Vládia. A Cura em Saúde Mental: história e perspectiva. In: WADI, Yonissa Marmitt; SANTOS, Nadia Maria Weber (Orgs.). **História e Loucura:** saberes, práticas e narrativas. Uberlândia: EDUFU, 2010. p. 307-330.

KHOURY, Yara Aun. Muitas memórias, outras histórias: cultura e o sujeito na história. In: FENEILON, Déa Ribeiro; et al (Orgs.) **Muitas memórias, outras histórias.** São Paulo: Olho D'Água, 2004, p. 116-138.

KOSSOY, Boris. **Fotografia & História.** 2. ed. rev. – São Paulo : Ateliê Editorial, 2001.

LIMA, Rossano Cabral. Saúde Mental na Infância e Adolescência. In: JORGE, Marco Aurélio Soares (org.). **Políticas e Cuidado em Saúde Mental:** contribuições para a prática profissional. Rio de Janeiro, Editora da FIOCRUZ, 2014.

LOUGON, Mauricio. **Psiquiatria Institucional:** do hospício à reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. (Coleção Loucura & Civilização).

MACHADO, Felipe Rangel de Souza; FONSECA, Angélica Ferreira; BORGES Camila Furlanetti. O sistema Único de Saúde e as Políticas de Saúde no Brasil. In: JORGE, Marco Aurélio Soares (Org.). **Políticas e Cuidado em Saúde Mental:** contribuições para a prática profissional. Rio de Janeiro, Editora da FIOCRUZ, 2014. p. 19-39.

MACHADO, Roberto e outros. **Danação da Norma:** a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

MACHADO, Roberto. Introdução. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder.** Rio de Janeiro (RJ): Edições Gerais; 1979.

MALUF-SOUZA, Olímpia. **Vozes urbanas:** gestos de pertencimentos nos espaços simbólicos da cidade. Programa de Pós-Graduação em Linguística, 2004, 232 f. Tese (Doutorado em Linguística) - Instituto de Estudos da Linguagem da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP. Campinas, SP. 2004

MANFÉ, Dióvana Karina; GONGO, Liana Seidel. **História da Saúde Mental no Município de Cascavel a partir da década de 90.** Trabalho de Conclusão de Curso. Bacharelado em Enfermagem. Faculdade Assis Gurgaz – FAG, Cascavel, 2008.

MELLO, Luis Carlos. **Nise da Silveira:** caminhos de uma psiquiatria rebelde. Curitiba: Museu Oscar Niemeyer, 2009.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil: atores, processos e trajetória.** Programa de Pós-Graduação em Ciências Humanas- Sociologia e Política, 2003, 402 f. Tese (Doutorado em Sociologia e Política) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2003.

MESSAS, Guilherme Peres. O espírito das leis e as leis do espírito: a evolução do pensamento legislativo brasileiro em saúde mental. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 65-98, Jan.-Mar. 2008. p. 93. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459702008000100005&lng=pt&nrm=iso, acesso em 13 de julho 2008.

MUCHAIL, Salma Tannus. O lugar das instituições na sociedade disciplinar. In: RIBEIRO, Renato Janine. **Recordar Foucault.** São Paulo: Editora Brasiliense, 1985, p. 196-208.

NETO, Francisco Drumond Marcondes de Moura. Bases para uma reforma psiquiátrica. In: **Saúde Mental e Cidadania** (et al). São Paulo: Ed. Mandacaru, 1987.

O'BRIEN, Patrícia. A história da cultura de Michel Foucault. In: HUNT, Lynn (Org.). **A Nova História Cultural.** 2^a ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001, p. 33-62.

OUYAMA, Mauricio. **Uma máquina de curar:** o Hospício Nossa Senhora da Luz em Curitiba e a formação da tecnologia asilar (Final do século XIX e início do século XX). Programa de Pós-Graduação em História, 2006, 410 f. Tese (Doutorado em História) Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2006.

PAGOT, Angela Maria. **O louco, a rua, a comunidade:** as relações da cidade com a loucura em situação de rua. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

PAULIN, L. F. e TURATO, E. R.: Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos de 1970. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 11, nº 2, p. 241-

258, Maio - Ago. 2004. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459702004000200002&lng=pt&nrm=iso, acesso em 15 de julho 2008.

PELBART, Peter P. **Da clausura do fora ao fora da clausura.** São Paulo (SP): Brasiliense, 1989.

PEREIRA, Rosemary Corrêa. **Políticas de Saúde Mental no Brasil:** O Processo de Formulação da Lei de Reforma Psiquiátrica (10.216/01). Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, 2004, 245 f. Tese (Doutorado em Ciências) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2004.

PERRUSI, Artur. **Imagens da loucura:** representação social da doença mental na psiquiatria. São Paulo/ Recife: Cortez Editora/ Editora Universitária UFPE, 1995.

PESSOTTI, Isaias. **A loucura e as épocas.** São Paulo: Editora 34, 1994.

POLLAK, Michel. Memória, Esquecimento, Silêncio. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, vol. 2, n.3 1989, p. 3-15.

_____. Memória e Identidade Social. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, vol. 5, n. 10, 1992. p. 200-210.

POMBO, Riclele Majorí Reis. **A nova Política em Saúde Mental:** entre o precipício e paredes sem muros. (Uberlândia – 1984/2006). Programa de Pós-Graduação em História, 2007, 205 f. Dissertação (Mestrado em História) – Instituto de História da Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, 2007.

PORTELLI, Alessandro. A Filosofia e os Fatos: Narração, interpretação e significado nas memórias e nas fontes orais. **Tempos Históricos**. Rio de Janeiro, vol. 1 nº 2, 1996, p. 59-72.

_____. Forma e significado na História Oral. A pesquisa como um experimento em igualdade. **Projeto História:** Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados em História e do Departamento de História da Puc-SP. São Paulo – Brasil, 1997, p. 7-24.

_____. **Ensaios de História Oral.** São Paulo: Letra e Voz, 2010.

_____. O que faz a história oral diferente. **Projeto História:** Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados em História e do Departamento de História da Puc-SP. São Paulo – Brasil, 1981, p. 25-39.

PORTER, Roy. **Uma História Social da Loucura.** Rio de Janeiro: Zahar Editor, 1987.

QUEVEDO, Everton Luis. **O Hospital Colônia Itapuã e o Amparo Santa Cruz na Profilaxia da Lepra no Rio Grande do Sul (1930 - 1950).** 2005. 189 f. Dissertação (Mestrado em História). Programa de Pós-Graduação em História. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2005.

RAUPP, Luciane; FEFERMAN, Marisa; MORAIS Maria de Lima Salum. A saúde pública e o atendimento aos usuários de crack. In: BOARINI, Maria Lúcia (Orgs). **Desafios na atenção à saúde mental.** 2^a Ed. Maringá: Eduem, 2011.

REIS, Jhonny Cleverson dos. **Políticas de atenção ao indivíduo em sofrimento mental em um município do oeste do Paraná.** 2009. 92 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2009.

ROSA, Natalina Maria, et.al. Mortalidade por suicídio no Estado do Paraná segundo meios utilizados: uma análise epidemiológica. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria.** 2017; 66 (2): pp. 73-82. DOI: 10.1590/0047-208500000153. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v66n2/0047-2085-jbpsiq-66-2-0073.pdf>. Acesso em 15/01/2018.

RUSEN, George. **Da política médica à medicalização:** ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1979.

SAMUEL, Raphael. Documentação: História Local e História Oral. **Revista Brasileira de História.** São Paulo, v. 9, n. 19. pp. 219-243, set.89/fev.90neiro, vol. 2, n.3 1989, p. 3-15.

SARLO, Beatriz. Um olhar político: em defesa do partidarismo na arte; A imaginação do futuro. In: **Paisagens Imaginárias.** São Paulo: Edusp, 1997.

SCARCELLI, Ianni Regia. **Entre o hospício e a cidade:** dilemas no campo da saúde mental. São Paulo: Zagodoni, 2011.

SCHECHTMAN, Alfredo; ALVES, Domingos Sávio. A organização da Política de Saúde Mental. In: JORGE, Marco Aurélio Soares (Org.). **Políticas e Cuidado em Saúde Mental: contribuições para a prática profissional.** Rio de Janeiro, Editora da FIOCRUZ, 2014. Pp. 41-58.

SCHUCH, Patrice. Os direitos da Criança na Encruzilhada: Os princípios da igualdade versus os princípios da diferença (1990-2000). In: SCHREINER, Davi Felix; PEREIRA, Ivonete; SILVA, Maria Fávero Arend (Orgs.). **Infâncias brasileiras:** experiências e discursos. Cascavel: Ed. Unioeste, 2009. Pp.257-275.

SERRES, Juliane. **Nós não caminhamos sós:** o Hospital Colônia Itapuã e o combate a lepra no Rio Grande do Sul (1920-1950). Programa de Pós-Graduação em História, 2004, 166 f. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Rio Grande do Sul, São Leopoldo, 2004.

SILVA, Monique Carla; ARAÚJO, Morgana Kallany Vieira. Terapia ocupacional em saúde mental: evidências baseadas nas portarias do SUS. **Revista Baiana de Terapia Ocupacional.** 2013 Maio;2(1):41-52. Disponível em: <file:///D:/Doutorado/TEXTOS%20sobre%20REFORMA%20luta%20antimanicomial/terapia%20ocupacional.pdf>. Acesso em: 20/01/2018.

SILVA, Paulo Roberto Fagundes. Reabilitação Psicossocial: habitação, trabalho e lazer. In: JORGE, Marco Aurélio Soares (Org.). **Políticas e Cuidado em Saúde Mental:** contribuições para a prática profissional. Rio de Janeiro, Editora da FIOCRUZ, 2014. Pp.147-160.

SILVEIRA, Nise. **O mundo das imagens.** São Paulo: Ática, 1992.

SOALHEIRO, Nina Isabel. Política, Estratégia de Empoderamento e Transformação Social no Contexto Brasileiro do Movimento pela Reforma Psiquiátrica. In: JORGE, Marco Aurélio Soares (Org.). **Políticas e Cuidado em Saúde Mental:** contribuições para a prática profissional. Rio de Janeiro, Editora da FIOCRUZ, 2014. PP.279-295.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, Jan.-abr. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459702002000100003&lng=pt&nrm=iso, acesso em 14 de julho 2008.

TOMAZ, Alonso (org.). **Explosão de Sentimentos:** Vozes da Superação, escritos por pacientes do SIMPR através da Oficina Cultural. Cascavel, 2015.

TONINI, Nelsi Salete. **O planejamento em Saúde Mental no contexto da reforma psiquiátrica:** um estudo dos municípios da região oeste do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2005. 236 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VALADARES, Isabela Farah; SOALHEIRO, Luiza Helena Messias. Um olhar Foucaultiano sobre o Poder nas Relações Familiares. Filosofia do Direito. **XXIV Encontro Nacional do CONPEDI – UFS.** Florianópolis, 2015.

VASCONCELLOS, Vinicius Carvalho. **A Dinâmica do Trabalho em Saúde Mental:** Limites e Possibilidade na Contemporaneidade e no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, 2008, 270 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), Rio de Janeiro, 2008.

WADI, Yonissa Marmitt. **Louca pela Vida:** a história de Pierina. Programa de Pós-Graduação em História, 2002, 342 f. Tese (Doutorado em História) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo- PUC/SP PUC/ São Paulo, 2002 a.

_____ Loucura e cidade: os perigos do espaço urbano e a institucionalização da loucura. In: DUARTE, G. R.; FROTSCHER, M.; LAVERDI, R. (org.) **História, Práticas Culturais e Identidades.** (Coleção Tempos Históricos; v.2), Cascavel: Edunioeste, 2008, 256p.

_____ “**Palácio para guardar doidos”:** uma história das lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul. Porto Alegre. Editora da Universidade, 2002 b.

_____Uma história da loucura no tempo presente: os caminhos da assistência e da reforma psiquiátrica no Estado do Paraná. **Tempo e Argumento** – Revista do Programa de Pós-Graduação em História. Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 68 – 98, jan./jun. 2009.

_____Um Lugar (Im) Possível: Narrativas Sobre o Viver em Espaços de Internamento. In: WADI, Yonissa Marmitt; SANTOS, Nadia Maria Weber (Orgs.). **História e Loucura: saberes, práticas e narrativas.** Uberlândia: EDUFU, 2010. p. 331-362.

YASUI, Sílvio. **Rupturas e Encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira.** Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, 2008, 208 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz. Rio de Janeiro, 2006.