

AVISO AO USUÁRIO

A digitalização e submissão deste trabalho monográfico ao *DUCERE: Repositório Institucional da Universidade Federal de Uberlândia* foi realizada no âmbito do Projeto *Historiografia e pesquisa discente: as monografias dos graduandos em História da UFU*, referente ao EDITAL N^o 001/2016 PROGRAD/DIREN/UFU (<https://monografiashistoriaufu.wordpress.com>).

O projeto visa à digitalização, catalogação e disponibilização online das monografias dos discentes do Curso de História da UFU que fazem parte do acervo do Centro de Documentação e Pesquisa em História do Instituto de História da Universidade Federal de Uberlândia (CDHIS/INHIS/UFU).

O conteúdo das obras é de responsabilidade exclusiva dos seus autores, a quem pertencem os direitos autorais. Reserva-se ao autor (ou detentor dos direitos), a prerrogativa de solicitar, a qualquer tempo, a retirada de seu trabalho monográfico do *DUCERE: Repositório Institucional da Universidade Federal de Uberlândia*. Para tanto, o autor deverá entrar em contato com o responsável pelo repositório através do e-mail recursoscontínuos@dirbi.ufu.br.

RICIELE MAJORÍ REIS POMBO

**A LOUCURA SOB NOVO PRISMA: POLÍTICAS DE
SAÚDE PÚBLICA EM UBERLÂNDIA. IMPLANTAÇÃO
DOS CAPS (1983 -2004)**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA - 2005

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE HISTÓRIA

A LOUCURA SOB NOVO PRISMA: POLÍTICAS DE SAÚDE
PÚBLICA EM UBERLÂNDIA.
IMPLANTAÇÃO DOS CAPS (1983-2004)

RICIELE MAJORÍ REIS POMBO

RICIELE MAJORÍ REIS POMBO

A LOUCURA SOB NOVO PRISMA: POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA
EM UBERLÂNDIA. IMPLANTAÇÃO DOS CAPS (1983-2004)

Monografia apresentada ao
Curso de Graduação em
História, do Instituto de História
da Universidade Federal de
Uberlândia, Como Exigência
parcial para Obtenção do título
de Bacharel em História, sob
orientação da Profa. Dra. Maria
Clara Tomaz Machado.

Uberlândia, Janeiro de 2005.

Capa: “Universal” de Emygidio de Barros. Museu do Inconsciente.

POMBO, Riciele Majorí Reis.

A loucura sob novo prisma: Políticas de saúde pública em Uberlândia. Implantação do CAPS (1983 – 2004)

98 fl.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Clara Tomaz Machado

Monografia (Bacharelado) – Universidade Federal de Uberlândia, Curso de Graduação em História.

Inclui Bibliografia.

1. Sanatório Espírita de Uberlândia – Monografia. 2. Plano de Saúde Mental – Monografia. 3. Centro de Atenção Psicossocial. I Machado, Maria Clara tomaz. II. Universidade Federal de Uberlândia. Graduação em História. III. Título.

RICIELE MAJORÍ REIS POMBO

A LOUCURA SOB NOVO PRISMA: POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA
EM UBERLÂNDIA. IMPLANTAÇÃO DOS CAPS (1983-2004)

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Clara Tomaz Machado

Profa. Ms. Valéria Maria Queiroz Cavalcante Lopes

Profa. Dra. Vera Lúcia Puga de Souza

AGRADECIMENTOS

Uma vez, disseram-me que a partir do momento em que você escreve um texto e este se torna público, você já não é dono de nenhuma dessas palavras, elas pertencem ao mundo. Talvez o ofício do historiador seja semear palavras para serem colhidas adiante.

A realização deste trabalho só foi possível devido a diversas pessoas, que participam de minha vida de certa forma. Não conseguirei citar o nome de todas as pessoas que me auxiliaram nesta jornada de pesquisa e muitas vezes de trabalho árduo, a procura do objetivo que era almejado. Mas algumas pessoas em especial devem ser lembradas, pois muitas vezes foi o grande estímulo para que este trabalho fosse realizado.

Agradeço principalmente a minha família, meu alicerce em todas as horas, que me incentivaram sempre a construir e ir atrás de meus sonhos e sempre realizar minhas ansiedades, levando as pessoas de quem gosto junto neste caminho.

Gostaria de agradecer a minha orientadora Maria Clara Tomaz Machado, que me guiou pelo árduo caminho da pesquisa, ensinando-me que sempre podemos superar nossas expectativas e realizar um bom trabalho, mas que, principalmente, sempre respeitou os caminhos que tomava em minhas pesquisas, auxiliando-me no desvelamento de novas perspectivas.

Agradeço à banca examinadora composta por Vera Puga de Souza e Valéria Maria Queiroz Cavalcante Lopes, que aceitaram o convite para esta reflexão, abrindo a possibilidade de discussão e aprendizado com seus apontamentos e observações.

Existem dois núcleos do qual participo, em que colegas de trabalho num primeiro momento se transformaram em amigos valiosos e companheiros corresponsáveis por este trabalho, uma vez que várias discussões e leituras foram realizadas junto a estas pessoas.

Agradeço aos companheiros do POPULIS, núcleo do qual participo por acreditar nas pessoas que nele trabalham, assim como o MTL, movimento que milito e trabalho e que em um de convivência, trouxe-me um crescimento profissional e principalmente pessoal que não encontraria em qualquer outro lugar.

Agradeço duas amigas em particular, que me acompanham a muito tempo, percorrendo ao meu lado todo o caminho para que fosse possível realizar este trabalho. Às minhas amigas Renata e Arethusa, amigas do coração, sem elas não conseguiria concluir este trabalho.

EPÍGRAFE

*O buraco do espelho está fechado
Agora eu tenho que ficar aqui
Com um olho aberto, o outro acordado
No lado de lá onde eu caí*

*No lado de cá não tem acesso
Mesmo que me chamem pelo nome
Mesmo que admita meu regresso
Toda vez que eu vou a porta some*

*Arnaldo Antunes
O buraco do espelho*

RESUMO

A loucura, ao longo da história possuiu várias representações de definições, contudo, na maioria das vezes, não era ela que falava a seu respeito, sempre relegado aos outros a descrição de sua feição, seus anseios e sua caracterização. No mundo atual, onde primamos pela liberdade e pelo respeito à cidadania, o claustro e a interdição das pessoas em sanatórios e manicômios está sendo repensada.

O corte cronológico desta pesquisa é definido a partir de 1983 até o ano de 2004, período em que se torna pertinente compreender como o poder local está estruturado na cidade, qual atuação real da Secretaria Municipal de Saúde, criada em 1983 e quais projetos foram pensados para que fosse possível a implantação de instituições com a proposta de tratamento psiquiátrico sem internação.

Para tanto, vou partir da análise das instituições públicas denominadas CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), apreendendo como sua estrutura são organizadas. Para tanto, a análise de leis e portarias torna-se pertinente para o entendimento da regulamentação de novas formas de tratamento, que propõe a descentralização do modelo hospitalar, bem como novas terapêuticas que priorizem a inserção do paciente na sociedade.

Esta pesquisa prima pelo desvelamento e discussão da temática loucura, contribuindo para o debate sobre a exclusão social de Uberlândia e apreender como a atuação do poder local na disciplinarização do espaço urbano.

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

NAPS – Núcleo de atenção Psicossocial

UAI – Unidade Básica de Atendimento

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFU – Universidade Federal de Uberlândia

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

Introdução.....	10
 Capítulo 1 - URBANIZAÇÃO E HIGIENIZAÇÃO DO ESPAÇO URBANO: O SANATÓRIO ESPÍRITA DE UBERLÂNDIA E O HOSPITAL DAS CLÍNICAS	 27
 Capítulo 2- POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL EM UBERLÂNDIA.....	 49
 2.1. emergência do movimento de reforma sanitária.....	 49
 2.2. Reforma psiquiátrica.....	 52
 2.3. Constituição da Secretaria Municipal de Saúde.....	 55
 2.4. Programa de Saúde Mental de Uberlândia.....	 59
 Capítulo 3 - CAPS: SISTEMA PÚBLICO DE ATENDIMENTO PSIQUIÁTRICO.....	 64
 Considerações finais.....	 86
Fontes Documentais.....	90
Histórias de Vida.....	91
Teses e Monografias.....	92
Bibliografia.....	93
Anexos.....	98

INTRODUÇÃO

O louco, quando encarcerado, ou até mesmo quando o indivíduo é marcado pelo estigma da loucura, perde sua voz, seu direito de ir e vir, perdendo, portanto, sua cidadania. Ao longo do processo histórico a loucura foi forjada no imaginário da sociedade de formas diversas, contudo sempre permeada de subjetividade e mistério, sendo nas várias épocas carregada de fascinação em suas imagens.

No período medieval, em meados do século XV, a loucura encerrava uma sabedoria proibida, só possível ao louco, que possuía inocência, havendo várias simbologias que a representavam, aceitando-a como manifestação artística, tanto no campo da literatura quanto das artes plásticas, destacando-se principalmente as pinturas produzidas pelo flamenco Hieronimus Bosch¹, que pintava principalmente visões, sonhos e apresentava o louco como pertencente a este mundo de imaginação. Referente à literatura deste período, a loucura será representada como sonho, fraqueza, delírio e divagação do homem, em obras de Erasmo de Roterdã² e também do espanhol Miguel de Cervantes.³ Contudo, a maneira como se discute a loucura já trará em sua essência a questão moral, evidenciando seu estado de inconsciência, desrazão.⁴

Podemos apreender, a partir do século XVI, o estigma negativo da loucura. Neste viés, as mudanças processadas neste período, com o advento da Renascença e da racionalidade, trarão consigo mudanças no agir e pensar das pessoas e, a loucura, antes vista como devaneio e sonho, sucumbirá ao discurso racional vista como desrazão. Recebe o estigma da demência, cuja questão moral imporá formas de tratamento em busca de sua sanidade mental.⁵

¹ Cf.: ARGAN, Giulio Carlo. **Clássico anti-clássico: o renascimento de Brunelleschi a Bruegel**. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

² Roterdã, Erasmo. O Elogio da Loucura. In: **Os grandes clássicos da literatura**. Vol.3: São Paulo: Novo Horizonte, 1982.

³ CERVANTES, Miguel de. **Dom Quixote de La Mancha**. Trad. Visconde de Castilho Azevedo. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

⁴ CF.: PEREIRA, J.P. **O que é loucura**. São Paulo: Brasiliense, 1993.

⁵ FOUCAULT, Michel. **A história da loucura na Idade Clássica**. 6ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1999.

A partir do século XVII, com o advento da racionalidade, o louco será encarcerado fisicamente, mas também silenciado seu discurso e suas possibilidades de expressão. Com a modernidade e a estruturação do mundo do trabalho neste período, o louco, assim como vários outros personagens, que não são “aptos” ao trabalho, foram colocados à parte deste processo, criando-se mecanismos de controle e encarceramento, como o Hospital Geral, o primeiro deles em Paris, em 1656.⁶

A partir deste período, o louco perde sua liberdade, e adquire uma identidade à parte da massa disforme, composta por venéreos, prostitutas e outros personagens. Mesmo assim, a loucura estará ligada ao crime, à libertinagem, à desordem, isto é, às diferentes modalidades de desvios. Contudo, com o passar do tempo, será um estranho, por isso sua separação das pessoas que possuíam “razão”.

A separação da loucura de outros segmentos de excluídos se dá a partir do século XVIII, quando se acreditava que a demência era “disseminada pelo ar”, sendo desta forma, necessário isolá-la da cidade e também dos outros indivíduos para que não se contaminarem. A partir deste pressuposto, várias foram as práticas e mecanismos para o seu isolamento da sociedade. É importante destacar o papel da medicina, que trabalhou junto a mecanismos de coerção para que fosse possível o seu enclausuramento.

O asilo é o ambiente de enclausuramento da loucura, transformando-se também no espaço do médico, ambiente no qual a medicina vai apropriar-se da loucura como objeto de conhecimento, assim como neste momento, o internamento vai ser utilizado como terapêutica e a loucura passa a ser definida como doença. Várias serão as formas de enclausuramento, as terapêuticas que pautaram a constituição do saber psiquiátrico. Médicos, psiquiatras propuseram o manicômio, definindo desde a localização, estrutura arquitetônica, compondo o ambiente que irá legitimar a loucura como doença.⁷

⁶Ibidem.

⁷Idem.

As formas de tratamento foram variadas. Desde o tratamento com correntes e camisas de força, passando por banhos frios e intervenções cirúrgicas, com Pinel na França e a abolição de correntes para prender os loucos, assim como Tuke na Inglaterra, que buscou recompor o ambiente familiar do qual o doente foi retirado, compondo este modelo baseado em uma comunidade religiosa.⁸

A partir do século XIX, com o advento da Psicanálise, debruça-se sobre a loucura não apenas no seu reconhecimento como doença, mas também a mapeando em seus aspectos psicológicos. Com os estudos de Freud, tem-se conhecimento do subconsciente e das várias perturbações que se desenvolvem a partir do convívio do indivíduo com sociedade, demonstrando que as perturbações mentais não partem unicamente de disfunções orgânicas, mas também da subjetividade dos indivíduos.

Após este pequeno histórico da loucura, centramos na problemática a ser trabalhada. Compreendemos que desde o momento em que a loucura é discutida e retratada, várias são suas formas de apreensão, de entendimento e tratamento. A partir daí, notamos que a trajetória do Hospital Geral e posteriormente do asilo, engendram as possibilidades e o desenvolvimento de estratégias de controle e enclausuramento do doente mental.

A pesquisa realizada, assim como as discussões que serão levantadas referem-se principalmente ao período da chamada reforma psiquiátrica, com seus pressupostos lançados a partir das últimas décadas do século XX, trazendo em seu seio um diferencial, retirar do asilo o doente mental, e buscar formas de resgate de sua cidadania e de seu discurso. Trata-se de uma problemática inédita, levando em consideração que a loucura encontra-se encarcerada desde fins do século XVIII. A discussão remete-se também ao fato da recepção destas políticas de desinstitucionalização dos manicômios frente à sociedade.

⁸ Cf.: PEREIRA, J.P. op.cit.

Tuke (Inglaterra) e Pinel (França) eram alienistas e tinham seus nomes ligados ao surgimento do asilo, no século XVIII, momento que a medicina se apropria da loucura como objeto de conhecimento e a internação adquire valor terapêutico. Estes dois alienistas não romperam com as práticas de internamento, eles humanizaram as formas de internamento. Pinel em suas terapêuticas aboliu o uso de correntes para conter o doente mental e Tuke tentou reproduzir o ambiente familiar no espaço da instituição, pretendendo que o doente se sentisse em casa. Esta prática pautava-se principalmente no controle moral e social do indivíduo, base moral da vida familiar.

Durante todo o período em que o doente mental esteve encarcerado seu problema foi escamoteado, sua possibilidade de inclusão no mundo moderno não foi levantada. Desta forma, torna-se vigente apreender como a população e o Estado têm experimentado a possibilidade de reinserção deste sujeito na sociedade, que antes era esquecido em manicômios, esperando que a morte chegasse.

Para abordarmos a temática da loucura são pertinentes os estudos de Michel Foucault, que apresentam a importância da medicina social na constituição do saber a respeito da loucura sobre aqueles indivíduos considerados “diferentes”, proporcionando à elite dominante métodos de coerção, controle e disciplinarização da sociedade, selecionando apenas os aptos ao trabalho.

O livro *A história da Loucura na Idade Clássica*⁹ analisa as diversas práticas e interpretações a respeito da loucura, desde o século XV até o século XVIII, abordando como foram estruturadas as várias práticas psiquiátricas, bem como desvela como foi forjada a imagem do louco e de sua insanidade, apontando o papel primordial da constituição do saber médico referente à problemática da loucura.

No livro *Microfísica do Poder*¹⁰, encontramos discussões que são fundamentais para a análise da problemática proposta, presente nos capítulos: *O nascimento da medicina social*; *O nascimento do hospital*, que mostra como ocorreram as diversas transformações na sociedade capitalista a partir do século XVIII. Nestes textos de Foucault percebe-se a individualização do tratamento, havendo a partir deste momento a separação do louco em relação aos outros doentes, e o seu conseqüente enclausuramento como doente.

*A medicina urbana com seus métodos de vigilância, de hospitalização, etc... não é mais do que um aperfeiçoamento, na segunda metade do século XVIII, do esquema médico-político de quarentena que tinha sido realizado no final da Idade Média, nos séculos XVI e XVII. A higiene pública é uma variação sofisticada do tema da quarentena e é daí que provém a grande medicina urbana que aparece na segunda metade do século XVIII.*¹¹

⁹ FOUCAULT, Michel. **A história da loucura na Idade Clássica**. op.cit.

¹⁰ _____. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 2001.

¹¹ Idem. O nascimento da medicina social. In: **Microfísica do Poder**. op.cit. 89.

Foi a partir desses trabalhos que uma nova história social pode ser escrita. Antes, a história de uma instituição era feita da narrativa de sua arquitetura, de sua administração e das relações que estabelecia com os poderes públicos. Especialmente com Foucault, as instituições são consideradas mais do que qualquer coisa um sistema social de dominação e resistência, ordenada por complexos rituais de comunicações. Confirme as revela Muchail:

*(...) a análise de instituições é entendida, pois como elementos de um “dispositivo” articulado das relações entre produção de saberes e modos de exercício de poder, constituindo-se em peças na engrenagem de um tipo determinado de sociedade, que é a nossa e que Foucault chama de instituições disciplinares.*¹²

Quando nos voltamos à realidade brasileira, podemos elencar vários trabalhos que discorrem a respeito da temática da disciplinarização e esquadramento da loucura, entre estes autores temos o trabalho de Maria Clementina Pereira Cunha, que aborda a formação do pensamento psiquiátrico no Brasil a partir do final do século XIX, destacando a figura do louco no período colonial como um personagem caricato, fazendo parte do cotidiano das cidades:

*(...) percebemos a existência de muitas outras figuras públicas e populares que carregavam a mesma marca da “vesânia” e viviam livres, soltas nas ruas, incorporadas à paisagem urbana, aos costumes populares e ao cotidiano da cidade no século XIX: loucos de todas as matizes sociais que compunham uma rica galeria de “tipos de rua”, como os chamam o próprio cronista, e não de internos dos hospícios”*¹³.

A autora também analisa a aplicação de normas e disciplinas no cotidiano do hospício, assim como as formas de resistência e a relação entre os médicos, pacientes e funcionários. Sua análise também aponta a contribuição do médico Franco da Rocha na constituição e reconhecimento da loucura por parte da ciência, além da aplicação de diversos tratamentos desenvolvidos no Asilo Juquery¹⁴ que serviram de modelo a outras instituições asilares no Brasil, contribuindo à constituição do pensamento psiquiátrico no país no começo do século

¹² MUCHAIL, Salma Tannus. **O lugar das instituições na sociedade disciplinar**. São Paulo: Brasiliense, 1988.p.198.

¹³ CUNHA, Maria Clementina Pereira. **Cidadelas da ordem**. São Paulo: Brasiliense, 1990.p.69.

¹⁴ CF.: PEREIRA, Lygia Maria de França; ANTUNES, Eleonora Haddad; BARBOSA, Lúcia Helena Siqueira (org). Os primeiros sessenta anos da Terapêutica psiquiátrica no Estado de São Paulo. In: **Psiquiatria, loucura e arte. Fragmentos da história brasileira**. op.cit.

XX, bem como de conceitos médicos sobre a loucura que culminaram na imposição de normas e estratégias de controle das cidades. A respeito das instituições asilares a autora denuncia:

*(...) para além das atividades educativas, o hospício jamais pode dispensar a violência direta, o castigo, a repressão de guardas e enfermeiros; o uso das camisas de força, enclausuramento nas solitárias, entre outros.*¹⁵

A psiquiatria, em meados dos anos trinta no Brasil, foi transformada em instrumento estratégico em relação à propagação de políticas na área de saúde pública. Com um Estado centralizador, houve a construção em diversas cidades de instituições destinadas a abrigar mendigos, alcoólatras, prostitutas, delinquentes e loucos. Foi o período de superlotação dos vários hospícios existentes. Segundo Pereira:

*Marcado pela política assistencialista do Estado Novo - segundo a qual os doentes mentais perambulantes deveriam ser recolhidos aos hospitais psiquiátricos e ficava proibido manter quaisquer insanos em cadeias públicas.*¹⁶

Outro trabalho que versa sobre a temática é a obra de Roberto Machado, que reflete sobre a organização dos diversos espaços urbanos pertencentes à cidade, como por exemplo, a escola, o quartel, a igreja, o prostíbulo, esquadrihados principalmente pelo saber médico. Como afirma Machado

*A importância crescente da cidade, como centro de comércio e de produção econômica e como sede do dispositivo central de poder político que intervém em todos os níveis da vida social, implica a construção de um funcionamento ordenado dos núcleos urbanos, condição de possibilidade da transformação dos próprios indivíduos e materialização da exigência normalizadora da nova ordem social.*¹⁷

Toda a discussão a respeito do enclausuramento da loucura perpassa por uma questão mais ampla que remete à reorganização e higienização da cidade. Notamos que a partir do século XX há uma preocupação dos cientistas, aliados aos interesses de uma elite, em purificar o perímetro urbano, destruindo cortiços, disseminando a pobreza em pontos estratégicos. Nada

¹⁵ Ibidem. p. 69.

¹⁶ PEREIRA, Lygia Maria de França; ANTUNES, Eleonora Haddad; BARBOSA, Lúcia Helena Siqueira (org). op.cit.p.43.

¹⁷ MACHADO, Roberto. **Danação da Norma**. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1978.p.260.

fora feito para a melhoria da qualidade de vida destas pessoas, apenas houve sua expulsão do perímetro urbano, e com o louco não foi diferente. Portanto:

*(...) a proposta de organização e funcionamento da cidade deve excluir o louco da livre circulação em seu interior, visto que ele representa um foco de perigo; por outro lado, quando analisamos as instituições, a medicina constitui o espaço próprio do louco, capaz não só de dominá-lo - destruir os seus efeitos, subjugar sua ameaças - mas de atingir sua loucura e entregá-lo à vida urbana por um processo de recuperação.*¹⁸

Ao partirmos da análise teórica proposta, percebermos que o discurso do enclausuramento da loucura foi eleito entre os mais diversos. Contudo, deve-se salientar que este não é o único que versa sobre a loucura, sendo importante atentarmos a fala de personagens que viveram esta realidade e muitas vezes a representaram no campo artístico. Neste sentido, obras literárias, cinematográficas, teatrais são essenciais para entender para entender o cotidiano de algumas instituições psiquiátricas. Partindo desta premissa, o livro escrito por Carrano¹⁹, intitulado *Canto dos Malditos*, torna-se essencial para entendermos a temática partindo de outro enfoque.

O livro relata práticas de tratamento em hospícios, denunciando o descaso da maioria dos psiquiatras e enfermeiros em relação aos pacientes, inclusive apontando maus tratos, além do uso de alta medicação e terapêuticas extremamente violentas, como a conteção de pacientes com o uso de camisas de força e a prática de eletrochoque. Em um dos fragmentos de seu livro, referente ao estado em que os pacientes eram encontrados e até mesmo as seqüelas provocadas por terapêuticas violentas, percebe-se o tom de denúncia:

*Era uma visão triste: aquelas pessoas reduzidas àquilo. Eram pessoas sim, seres humanos, mas pareciam feras torturadas, agoniadas, com alguma coisa mordendo seus corpos e rasgando-lhes a alma.*²⁰

Austregésilo Carrano, um dos principais expoentes do movimento de luta antimanicomial no país, descreve sua trajetória de três anos e meio de internações

¹⁸ Ibidem. p.376.

¹⁹ BUENO, Austregésilo Carrano. **O Canto dos Malditos**. Rio de Janeiro: Rocco, 2001.p.50.

²⁰ Ibidem. p. 54

psiquiátricas as quais foi submetido, em clínicas do Paraná, denunciando o grande mercado que girava em torno da loucura em todo o país, com clínicas psiquiátricas superlotadas. Carrano relata:

*A minha intenção é dizer: “Olhem, tá acontecendo isto aqui”. É um grito de socorro. O livro pede que as pessoas olhem para a situação em que indivíduos ficam a mercê de receitas de psiquiatras. Aliás, psiquiatras cometas. Chamava de cometas os médicos que nos atendiam, pois passavam poucos minutos por dia nos hospitais. O resto do tempo ficávamos com enfermeiros, técnicos em enfermagem e, às vezes, com pessoas que nem isso eram. Eram simplesmente pessoas do bairro ou da região contratadas para trabalharem ali, sem nenhum preparo para isso.*²¹

O livro de Austregésilo Carrano tornou-se filme, chamado *Bicho de Sete Cabeças*²², com Rodrigo Santoro, Othon Bastos, Cássia Kiss. Por meio dele acirrou-se o debate sobre as instituições psiquiátricas e as práticas violentas que ainda se fazem presentes no sistema asilar brasileiro foram desveladas ao grande público, promovendo grande debate da temática.

Vários são os pressupostos que evidenciam o aspecto da exclusão social do louco, e alguns estudiosos analisam a doença mental sob o prisma da luta de classe, nos vários aspectos da sociedade moderna como a inaptidão ao trabalho, a falta de adequação às várias regras impostas pela sociedade que quebra o ritmo do trabalho, transpondo comportamentos “não aceitos moralmente”, tendo como resultado o enclausurado do doente mental para tratamento e “reabilitação”.

Esta discussão é travada principalmente pelo movimento de antipsiquiatria, surgido no final da década de 70, que coloca em xeque as práticas e terapêuticas da psiquiatria, colocada por profissionais que defendem que a doença mental está permeada de exclusão, sendo apenas um dos problemas da sociedade moderna, que direcionando suas angústias e desavenças elege o doente mental pela desestruturação da família, da sociedade e da comunidade, desviando a atenção do real problema. Entre os antipsiquiatras que promovem

²¹MATTAR, Eduarda. **Denúncias do “maldito”**. Entrevista com Austregésilo Carrano. Disponível em: <http://www.cidadania.org.br/conteudo.asp>. Acesso em 04 de dez 2004.

²² CABEÇAS, Bicho de Sete. Direção: Laís Bodanky. Rio de Janeiro: Riofilme, 2000. 1 filme (80 min). son.,color.

este debate podemos destacar nomes como David Cooper²³, Franco Basaglia²⁴, Irving Goofman.²⁵

Basaglia, um dos grandes representantes do movimento de Reforma Psiquiátrica, defende que o doente mental deve ser retirado do manicômio, pois esta instituição apenas cronifica seu estado patológico, tornando os pacientes mais doentes ainda. Segundo ele, o paciente deve ser aceito na comunidade, travando relações com as pessoas, podendo apresentar grande melhora. Neste sentido, a doença mental, tratada no manicômio submerge o paciente em um mundo particular, fechado, levando-o com o passar dos anos ao desligamento total com a realidade. Segundo Basaglia, o paciente deve ser apreendido como um todo, propenso a angústias, sofrimentos, dificuldades e todos os sentimentos que permeiam o ser humano. Desta forma podemos notar que:

*Havíamos já entendido que a pessoa doente tem como primeira necessidade não só a cura da doença, mas muitas outras coisas. Necessitava ter um relacionamento humano com quem o tratava. Precisava ter respostas reais para o seu ser. Precisava de dinheiro, de uma família e de tudo aquilo de que nós médicos que os tratamos também precisamos. Essa foi a nossa invenção. O doente não é apenas um doente, mas um homem com todas as suas necessidades.*²⁶

Basaglia vai ser um dos percussores neste tipo de análise, que parte da crítica no que tange ao papel do psiquiatra e de sua produção e retenção do conhecimento a respeito da doença mental. Vários autores trabalham este viés, como por exemplo, no livro de Moffat²⁷, que define a loucura como forma de “camuflagem” dos problemas sociais, já que as pessoas internadas em hospitais psiquiátricos, constituem em sua maioria pessoas de baixa renda, sem possibilidade de tratamento em clínicas particulares. Segundo o autor, o problema da doença mental perpassa a questão social:

Para o problema da loucura temos uma proposta clara: a redistribuição das ansiedades irracionais, uma elaboração de conteúdos terríficos, depressivos,

²³ COOPER, David. **Psiquiatria e antipsiquiatria**. São Paulo: Perspectiva, 1990.

²⁴ BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

²⁵ GOOFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

²⁶ BASAGLIA, Franco. **A Psiquiatria Alternativa. Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. Conferências no Brasil**. São Paulo: Ed. Brasil Debates, 1979. p.18.

²⁷ MOFFAT, Alfredo. **Psicoterapia do Oprimido. Ideologia e técnica da psiquiatria popular**. São Paulo. Ed. Cortez. 1983.

*fantásticos, de nossa mente, e que um de nós assuma seus temores e fantasmas sem depositá-los em bodes expiatórios, fabricando com isso, “profissionais da loucura”, para em seguida segregá-los, internando-os em manicômios.*²⁸

Na coletânea de textos organizada no livro *Cidadania e Loucura*²⁹, é realizado o histórico das políticas de saúde mental no Brasil, desde o tempo do Brasil Colônia, apontando como a questão do controle social perpassa as várias terapêuticas aplicadas em manicômios e hospícios pelo país, sendo em muitos aspectos semelhantes ao sistema carcerário, sempre permeada de violência e vigilância:

*Os saberes e práticas voltadas para os considerados doentes mentais apresentam a mesma lógica que move os mecanismos de dominação e imposição da lei e da ordem. Dentro de uma perspectiva sociológica, torna-se extremamente difícil discernir-los do conjunto das instituições aparelhadas para vigiar e classificar, punir e produzir as condutas consideradas criminosas e controlar as camadas populares urbanas percebidas como “classes perigosas”.*³⁰

Em visita ao país, no ano de 1979, o psiquiatra italiano Franco Basaglia, percussor da luta antimanicomial na Itália, faz um balanço sobre a questão da saúde no Brasil, assim como discute também o papel do médico:

*A questão da saúde, hoje no Brasil, é uma das áreas de contradição que melhor reflete as injustiças e a falência do modelo que se implantou pela força em 1964 e se institucionalizou pelo arbítrio em 1968. Parece necessário que a classe trabalhadora atente para esta questão e, com isso, compreenda por que seus filhos morrem ainda quando crianças, por que o desrespeito e o constrangimento quando precisam submeter-se ao atendimento da Previdência Social nos moldes como ela se estruturou, por que são aviltados e se transformam em objeto de lucro das empresas médicas.*³¹

Partindo de toda a discussão já travada, devemos atentar ao debate promovido pela historiografia, principalmente pelo viés da Nova História Cultural, que propõe a ampliação à novos objetos, com recortes diferenciados. Vários teóricos vão se debruçar sobre a história e seus postulados, primando essencialmente pela compreensão de como são estruturadas as relações sociais.

²⁸ Ibidem. p. 9

²⁹ COSTA, Nilson do Rosário e TUNDIS, Silvério Almeida. (org) **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Rio de Janeiro, Vozes/Abrasco, 1987.

³⁰ Idem.p.11.

³¹ BASAGLIA, Franco. op.cit., 1979. p. 9.

Com a abertura a fontes diversas, abre-se espaço à história oral, a fontes como obras de arte, recursos audiovisuais, música, como objetos possíveis de se apreender as nuances e os fenômenos mais sutis permeados de subjetividade, trabalhando na perspectiva de que os vários atores sociais, não podem ser considerados como meros figurantes do processo histórico, uma vez que produzem significados em todas suas práticas, mesmo que estas sejam muito sutis e de difícil percepção.

A partir de novas problemáticas levantadas pela Nova História Cultural torna-se possível a investigação da temática da loucura, não apenas no que se refere ao aspecto patológico, mas inserida no social, compreendendo práticas e hábitos permeados no imaginário de determinada época, assim como as relações de força que são estabelecidas legitimam suas práticas frente à sociedade.

Desta forma, para o entendimento da implantação da reforma psiquiátrica, assim como seus preceitos torna-se necessário buscarmos as reais motivações dos diferentes grupos envolvidos, atentando-se a nuances, ao não dito, que muitas vezes nos traz elementos primordiais para o entendimento da aplicação de várias práticas. Ginzburg em seu método de buscar as pistas para compreender as nuances e o que não está evidente nos mostra o caminho de apreensão de problemáticas a partir de vestígios.

*Trata-se de formas de saber tendencialmente mudas – no sentido de que, como já dissemos suas regras não se prestam a ser formalizadas nem ditas. Ninguém aprende o ofício de conhecedor ou de diagnosticador limitando-se a pôr em prática regras preexistentes. Nesse tipo de conhecimento entram em jogo (diz-se normalmente) elementos imponderáveis: faro, golpe de vista, intuição.*³²

Assim como os vestígios, as questões simbólicas, as representações são primordiais para apreendermos como em determinado período histórico, os diversos grupos produziam sentido. A partir daí, a discussão promovida por Roger Chartier é de grande valia para entendermos o social, que é permeado pelo simbólico, onde existe a afirmação ou negação

³² GINZBURG, Carlo. Sinais – Raízes de um paradigma indiciário. In: **Mitos, Emblemas e Sinais**. São Paulo: Cia das Letras, 1989, p.179.

de um grupo, principalmente a partir de suas representações, legitimando-os ou mesmo os silenciando e os deixando sem voz. Mas a concepção de mundo e de identidade dos indivíduos e seus grupos não são forjadas de forma neutra, pelo contrário, são permeadas de interesses, se colocando na maioria das vezes de forma conflituosa. Segundo Chartier

*As percepções do social não são de forma alguma discursos neutros: produzem estratégias e práticas (sociais, escolares, políticas) que tendem a impor uma autoridade a custo de outros, por elas menosprezados, a legitimar um projeto reformador ou a justificar, para os próprios indivíduos, as suas escolhas e condutas.*³³

Benjamim chama-nos à discussão e nos leva a reflexão de como nos tempos modernos o homem se priva de experiências, principalmente a partir do distanciamento promovido pelas novas gerações de questões importantes que permearam a vida de seus antepassados. Para tanto, os indivíduos se armam de técnicas de distanciamento e, principalmente produz espaços e veículos de informação que descaracterizam os indivíduos, desligando-os de seu passado, criando desde cedo seu desvencilhamento de experiências e costumes, que antes eram passados de geração em geração. Com a criação de espaços higiênicos e impessoais, houve um desligamento das experiências, que criavam relações de identidades. Benjamim afirma

*Hoje, os burgueses vivem em espaços depurados de qualquer morte e, quando chegar a sua hora, serão depositados por seus herdeiros em sanatórios e hospitais.*³⁴

Com este exemplo notamos que, no que tange à loucura, a vida moderna, com seu ritmo acelerado e seus espaços minimizados, vai ser enclausurada em um espaço a ela destinado, longe da agitação da vida e, conseqüentemente, da sociedade. Podemos, desta forma, constatar que o homem é hoje um ser que carrega consigo a miséria, de viver experiências, apenas de forma desencarnada.

³³ CHARTIER, Roger. **A História Cultural: Entre práticas e representações**. Ed. Bertrand, 1987.p.17.

³⁴ BENJAMIM, Walter. O narrador. Considerações sobre a obra de Nicolai Leskov. In: **Magia e técnica, arte e política: ensaio sobre literatura e história da cultura**. Trad. Sérgio Paulo Rouanet. 5ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1993, p. 198.

A partir da História Regional, podemos apreender as particularidades da cidade, não deixando de lado sua inserção no contexto mais amplo. Samuel Raphael em seus estudos a respeito de história local enfatiza sua importância, já que é possível resgatar um maior número de fontes.

*A História local requer um tipo de conhecimento diferente daquele focalizado no alto desenvolvimento nacional e dá ao pesquisador uma idéia muito mais imediata do passado. Ele a encontra dobrando a esquina e descendo a rua.*³⁵

Rodrigues trava uma discussão a respeito do interesse dos historiadores em discutir a História Regional, temática que até pouco tempo era desconsiderada pela historiografia, que elegia grandes temas e principalmente primava pela história total. Segundo a autora:

*(...) a história vista de baixo tem atraído pesquisadores da história regional e local, por trabalhar com as experiências cotidianas de homens e mulheres que apenas fazem números em uma historiografia mais tradicional e, principalmente pela temática diversificada que privilegia o modo de vida de pessoas simples, mas inexplorada nos temas dedicados à política ou à economia. Além disso, esta prática historiográfica traz à tona sujeitos sociais não contemplados em uma história mais tradicional, o que fornece uma visão mais ampla dos processos históricos, incorporando agentes anônimos que desempenharam papéis importantes no conjunto da sociedade.*³⁶

A nova história cultural propõe o estudo de atores e personagens até então deixados de lado, havendo, para tanto, uma reformulação de seus paradigmas. Machado discute a possibilidade de recriação de experiências de sujeitos históricos que até então não tinham espaço na análise histórica, ou quando eram citados, muitas vezes eram percebidos como personagens secundários, inseridos em grupos e percebidos de forma homogênea. Pelo viés da nova historiografia, busca-se compreendê-lo principalmente por meio de suas práticas cotidianas. Segundo a autora:

³⁵ SAMUEL, Raphael. História local e História Oral. In: **História em quadro negro**. Revista Brasileira de História, São Paulo, vol. 9, setembro de 1989/fevereiro de 1990.

³⁶ RODRIGUES, Jane de Fátima Silva. Nas sendas do progresso: Trabalho e disciplina, Uberlândia, um percurso histórico. In: **Cadernos de História Especial**, vol.4. Uberlândia, janeiro de 1993.p.12.

*(...) a experiência social das pessoas comuns é relevante para a compreensão do processo histórico.*³⁷

Além da discussão a respeito de como são constituídas as representações do louco e do mundo da loucura, deve-se partir do debate proposto pela nova história cultural, que propõe novas abordagens, realizando uma busca pelo não dito nas fontes oficiais. Este trabalho, desta forma, realizará um exercício de reflexão, buscando o cruzamento dos diversos documentos encontrados, para o entendimento maior de como foi delineado o discurso a respeito da loucura e apreender quais são os elementos que estão em transformação neste processo. Segundo Machado:

*(...) Faz-se mister cruzar informações sobre práticas efetivas, significados simbólicos e usos situacionais. É a discussão dialógica com o documento que permite que os sujeitos históricos pesquisados se reencontrem em tempos e espaços diferentes. A proximidade se corporifica pelo interesse e pelo respeito, o distanciamento se impõe para fazer fluir o outro.*³⁸

O interesse pela temática da loucura partiu em um primeiro momento de um projeto de pesquisa realizado por um grupo de alunos, do qual participei coordenado pela professora Dra. Maria Clara Tomaz Machado, sendo esta pesquisa uma parceria entre a UFU, FAPEMIG e CNPq, realizada de outubro de 2001 a outubro de 2003.

O projeto intitulado “Almas Enclausuradas: Práticas de intervenção médica, representações culturais e cotidiano no Sanatório Espírita de Uberlândia (1932-1970), propôs compreender a institucionalização da loucura na cidade de Uberlândia, com a implantação do Sanatório Espírita de Uberlândia no de 1942, período em que na cidade de Uberlândia, bem como em várias outras cidades do país, era implantado o ideal progressista, com a proposta de organização do espaço urbano, disciplinada pelo poder político local, pela polícia e pela contribuição da imprensa na construção desta identidade de urbes moderna, atentando-se ao enquadramento da classe trabalhadora em espaços higienizados.

³⁷ MACHADO, Maria Clara Tomaz. Cultura Popular: Em busca de um referencial conceitual. In: **Cadernos de História**, vol Uberlândia, janeiro de 1994.p.76.

³⁸ Ibidem.p.78.

Podemos observar a exclusão de vários personagens que não eram aptos ao trabalho, entre eles os ébrios, as prostitutas, os mendigos e também o louco. O enquadramento daqueles que sofriam de transtornos mentais em asilo, coaduna com o discurso médico nacional, e mais do que isso vem de encontro ao discurso do progresso e da ordem veiculado pelas elites locais que, ao trancafiar o louco, permeia a disciplinarização do espaço urbano.

Foram discutidas as terapêuticas oferecidas pela instituição e sua ligação com o projeto nacional de exclusão do doente mental e outros personagens, colado ao projeto de disciplinarização do espaço urbano, assim como o resgate dos sujeitos sociais que participaram deste projeto, sendo possível vislumbrar como este sistema asilar será colocado em xeque a partir da década de oitenta.

Este projeto teve como proposta a catalogação de fichas dos pacientes do Sanatório Espírita de Uberlândia, aproximadamente 700 fichas, contidas em 29 livros de registro, que datam do período de 1942 a 1959, e que serão organizadas em forma de inventário e disponibilizadas a futuras pesquisas. Estas fichas apresentam várias informações sobre os pacientes como religião, estado civil, cor, idade, diagnóstico, prognóstico, nomenclatura de remédios e doenças, históricos da doença, assim como fotos.

O aluno Raphael Alberto Ribeiro³⁹ apresentou sua monografia de final de curso, fruto do resultado desta pesquisa. Seu trabalho centrou-se principalmente na discussão de práticas e terapêuticas aplicadas no Sanatório Espírita de Uberlândia, que eram permeadas com o ideário ordeiro da época estudada, assim como discute a relação entre espiritismo e loucura.

Contudo, podemos apreender que a temática da loucura apresenta-se ainda como uma grande incógnita, cheia de nuances a serem desveladas. Para tanto, foi relevante o contato com trabalhos desenvolvidos em outros estados a respeito da temática da loucura,

³⁹ RIBEIRO, Raphael Alberto. **Almas Enclausuradas: Práticas de intervenção médica, representações culturais e cotidiano no Sanatório Espírita de Uberlândia (1932 – 1970)**. Monografia (Bacharelado). Curso de Graduação de História. Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia. 2003.

principalmente a partir de duas teses de Mestrado, que têm como espaço de análise a cidade de Porto Alegre.

O trabalho de Angélica B. Boff⁴⁰ propõe a compreensão da constituição e institucionalização da loucura na cidade de Porto Alegre a partir da década de 20. Sua pesquisa centra-se principalmente na forma como se constituiu o saber médico na cidade, com o distanciamento do charlatanismo. Essa legitimação da “medicina douta” associada à doutrina espírita na cidade, é de fundamental importância em seu trabalho, que parte principalmente da imprensa gaúcha para promover este debate.

Já no trabalho de Santos⁴¹ se estrutura sob o enfoque da interdisciplinaridade e, uma vez que a autora é médica psiquiatra, pauta seu trabalho no diálogo entre história e psicologia, elegendo como objeto de investigação o estudo de casos psiquiátricos, analisando as representações simbólicas relativas à doença mental pertinentes ao imaginário de um segmento da sociedade gaúcha, fixando o período histórico da pesquisa entre os anos de 1937 a 1950. A partir de conceitos da Nova História Cultural e da Psicologia Analítica de C. G. Jung, realiza sua discussão pautada nas fontes, principalmente partindo das representações encontradas no imaginário do doente, assim como desvela as várias terapêuticas presentes na instituição psiquiátrica que enfoca, no caso, o Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre.

Minha pesquisa se estrutura em três capítulos, sendo assim, no primeiro capítulo realizo a discussão sobre o período de institucionalização da loucura na cidade de Uberlândia com a implantação do Sanatório Espírita de Uberlândia, analisando suas práticas e seu cotidiano, assim como evidencio como foi forjado o espiritismo na cidade, apreendendo como ocorreu a legitimação de várias práticas de esquadramento de vários segmentos da população, coadunando com o discurso progressista da cidade. Este capítulo

⁴⁰ BOFF, Angélica B. **Espiritismo, Alienismo e Medicina: Ciência ou Fé? Os saberes publicados na imprensa gaúcha da década de 20**. Dissertação de Mestrado. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas- Programa de Pós-Graduação em História: UFRG, agosto de 2001.

⁴¹ SANTOS, Nádia Maria Weber. **A tênue fronteira entre a saúde e a doença mental: um estudo de casos psiquiátricos à luz da nova História Cultural (1937-1950)**. Dissertação de Mestrado. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas – Pós Graduação em História: UFRG, agosto de 2000.

também discute como foi implantado o Hospital das Clínicas na cidade de Uberlândia, na década de 60, levando a cidade a tornar-se também referência no tratamento médico de alta complexidade.

No segundo capítulo são evidenciados os pressupostos tanto da reforma sanitária quanto da reforma psiquiátrica, que serviram de embasamento teórico para as discussões sobre novas propostas de tratamento referentes à saúde, que buscaram atender à população de forma mais ampla, desvincilhando-se das políticas previdenciárias que promoviam a exclusão de parcela significativa da população. Estas discussões estarão no seio da estruturação da Secretaria Municipal de Saúde, criada em 1984, assim como em seu programa de Saúde, lançado em 1987, contendo inclusive as diretrizes das políticas de saúde mental, que serão analisados neste capítulo.

O terceiro capítulo discutirá os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), que foram implantados na cidade em 2002, atentando-se às terapêuticas propostas, pautadas em leis de caráter nacional para seu funcionamento. Será discutido como são dadas as relações nesta nova proposta de tratamento e qual o diferencial no que se refere ao sistema asilar, que ainda é vigente em várias localidades.

CAPÍTULO I

URBANIZAÇÃO E HIGIENIZAÇÃO DO ESPAÇO URBANO: O SANATÓRIO ESPÍRITA DE UBERLÂNDIA E O HOSPITAL DAS CLÍNICAS

Em Uberlândia, notamos a partir das primeiras décadas do século XX, a grande preocupação por parte das elites locais em promover a urbanização e higienização do espaço da cidade. Com esta preocupação começam a ser tomadas medidas profiláticas para o controle de vários personagens desta futura urbe, que não se enquadravam ao ideal progressista.⁴²

Este pressuposto é evidenciado em Códigos de Postura implementados em 1903 e 1913, que definem e situam cada personagem desta nova configuração da cidade. Para que estas determinações fossem seguidas, a cidade vai contar principalmente com aparatos e mecanismos de controle como a polícia, uma vez que caso as determinações presentes no Código de Postura não fossem cumpridas, haveria maneiras de enquadramento como infrações, punidas por multas e até mesmo prisões. Desta forma, vários personagens vão ter seu espaço delimitado. No Código de Posturas de 1903, são definidos alguns procedimentos em relação a vários personagens:

Art. 111 - Só os pobres, reconhecidamente tais, e aos sábados, é permitido implorar a caridade pública;

Art.114 – Os loucos são seus parentes obrigados a tê-los em segurança em lugar que não perturbem o socego e tranqüilidade;

Art.115 - É expressamente proibida a entrada de ciganos no município;

*Art.120 - É proibida toda e qualquer reunião em casa de meretrizes;*⁴³

Sob a égide da lei constituiu-se um discurso da ordem e progresso, forjado no imaginário social muito mais do que na realidade uma sociedade disciplinada, regulada e

⁴² Cf.: CASTRO Dorian Erich de. **Entre o saber médico popular e a medicina alopática: resistências e persistências – Uberlândia 1919 – 1940**. Monografia (Bacharelado). Curso de Graduação de História. Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia. 1999.

FONSECA, Daniel. **Criminalidade e discriminação: a migração do espaço urbano (UDI 1960 – 1980)**. Monografia (Bacharelado). Curso de Graduação de História. Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia. 1997.

⁴³ SÃO PEDRO DE UBERABINHA. Câmara Municipal. **Estatutos e leis da Câmara Municipal de S. Pedro de Uberabinha**. Uberaba. Typ. Livraria Século XX de Aredio de Souza, 1903. p.33, Capítulo I, Título VI.

vigiada. Para tanto, Rodrigues aponta vários mecanismos utilizados para a construção desta sociedade ordeira:

*A política, a imprensa e a polícia encarnavam as faces do poder no município. A primeira expressa-se nas autoridades governamentais e associações patronais, em sua maioria composta por empresários, comerciantes e fazendeiros, que detinham o controle da política e finanças do município. Eram as famílias dos entrantes ou dos que para cá vieram e assentaram-se na terra. A segunda, a polícia, através da delegacia, da Cavalaria e Unidade do Exército e, finalmente, a imprensa.*⁴⁴

No que se refere à saúde pública, notamos que desde a década de 20 até meados dos anos 70, a saúde no município fica a cargo de instituições filantrópicas ou mesmo particulares e federais. Desta maneira, a atuação da Santa Casa de Misericórdia, dirigida pela Sociedade São Vicente de Paula, grupo pertencente à Igreja Católica, é considerada a primeira forma de tratamento alopático da cidade, e é visível seu caráter assistencialista.⁴⁵ A Santa Casa, como instituição que prestava atendimento médico às pessoas pobres e indigentes, foi criada em 1917 pela Irmandade Misericórdia de Uberabinha. A sua existência foi irregular até 1940, quando foi assumida pelos Vicentinos e com prédio próprio se estabeleceram no Bairro Martins.

Além disso, é preciso ressaltar o Dispensário dos Pobres de Uberlândia, que funcionou durante os anos de 1937 a 1970, e era administrado também pela Sociedade de São Vicente de Paula, e suas ações primordiais detinham-se na retirada de mendigos da rua, assim como auxílio da população pobre da cidade, exercendo o controle sobre as doenças contagiosas. Atendia principalmente os doentes de hanseníase, e na época do governo de Vargas teve papel atuante na aplicação de sua política de saúde, construindo leprosários e preventórios por todo o país, enclausurando doentes. Neste sentido, esta instituição promoveu a disciplinarização do espaço urbano de Uberlândia, afastando a pobreza indigente, mantendo, desta forma, a imagem de ordeira e progressista.

⁴⁴ RODRIGUES, Jane de Fátima Silva. op.cit. p. 12.

⁴⁵ CF. CUNHA, Marizete Aparecida. **Asilo São Vicente e Santo Antônio – Memória e História.** Monografia (Bacharelado). Curso de Graduação de História. Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia. 1999.

Apreendemos do discurso que versa sobre a saúde pública na imprensa uberlandense, da década de 20 a 70, que as imagens construídas vão coadunar com os propósitos da elite. É possível vislumbrar a divulgação das idéias de determinados grupos que detêm poder na cidade, cuja prática objetivava influenciar a constituição da opinião pública. Neste sentido, diversos artigos foram publicados pela imprensa de Uberlândia reivindicando soluções para questões relacionadas a hospitais, doenças transmissíveis, mendicância, leprosos, higiene pública e ação dos governantes, como no artigo que discute a necessidade de melhora no sistema de saúde:

*(...) Nossa cidade possui uma população superior a 50 mil habitantes. Nosso organismo social é entrosado das mais diversas pessoas que se oriundam das mais longínquas terras do Brasil. Nosso contato com estranhos se prolifera cada vez mais. A necessidade de um bom e aparelhado Centro de Saúde seria a primeira providência a ser tomada pelos poderes públicos. Possui infelizmente, nossa cidade, um obsoleto e rudimentar Centro de Saúde.*⁴⁶

Verificamos a definição dos papéis de vários personagens e instituições religiosas nas primeiras décadas do século XX. A sociedade espírita em Uberlândia buscará seu espaço. Neste contexto torna-se pertinente ressaltar o papel dos memorialistas locais, principalmente no trabalho de Isabel Vitusso⁴⁷, que em seu livro traça um quadro da história de Uberlândia, exaltando diversas figuras que foram importantes para a implantação e legitimação da doutrina espírita na cidade, assim como a exposição de diversas obras de cunho assistencialista, promovida por personagens de destaque no panorama da cidade.

Seu livro aponta a atuação de Fernando Moraes, espírita de grande influência na cidade, idealizador da construção do Penate Allan Kardec, na cidade de Uberlândia em 1932. O projeto de construção desta instituição teria sido em um primeiro momento a resposta frente a uma mensagem mediúnica enviada a Fernando, sendo parte de sua missão na Terra. Ele participava ativamente de trabalhos ligados ao espiritismo, atuando inclusive em trabalhos de desobsessão na região em que morava, Tupaciguara. Administrou o Penate

⁴⁶ JORNAL CORREIO DE UBERLÂNDIA. Uberlândia, 21/07/1955. p.6.

⁴⁷ VITUSSO, Isabel R. **Terra fértil, semente lançada: a história do espiritismo em Uberlândia**: Gráfica Brasil, 2000.

Allan Kardec durante alguns anos, ficando posteriormente na direção do Centro Espírita Fé, Esperança e Caridade. A instituição foi fechada em 1942, logo após a construção do Sanatório Espírita de Uberlândia.

Importante ressaltar que por se tratar de um Sanatório Espírita o processo de entendimento da loucura abarca outro ângulo, uma vez que a doutrina espírita defende que em muitos casos, a loucura, como é definida pela medicina, não passa de processos obsessivos, promovido por espíritos encarnados e desencarnados que carregam para uma próxima existência carnal suas faltas e também possíveis inimigos, fruto de suas ações no passado. Segundo Allan Kardec

*(...) os Espíritos exercem incessante ação sobre o mundo moral e mesmo sobre o mundo físico. Atuam sobre a matéria e sobre o pensamento e constituem uma das potências da natureza, causa eficiente de uma multidão de fenômenos até então inexplicáveis ou mal explicados e que não encontram explicação senão no Espiritismo. As relações com os homens são constantes. Os bons espíritos nos atraem para o bem, nos sustentam e nos ajudam a suportá-la com coragem e resignação. Os maus espíritos nos impelem para o mal: é-lhes um gozo ver-nos sucumbir e assemelharmos a eles.*⁴⁸

Allan Kardec apresenta os distúrbios psíquicos na maioria dos casos como obsessão, salvo aqueles que apresentam problemas patológicos que impedem a manifestação do espírito encarnado. Então o que pode parecer uma manifestação de um espírito sobre outro corpo, não é nada mais do que um problema orgânico, como por exemplo, doenças como epilepsia, verminose, sífilis, entre outras.

O espírito carrega para uma próxima existência carnal suas faltas e também seus possíveis inimigos, fruto de suas ações do passado. O espírito obsessivo, acometido pelo ódio e querendo vingança, tentará prejudicar o seu algoz, encontrando meios para a realização de seu intento. O tratamento recomendado será efetuado segundo os espíritos através da reforma moral. Tal como no livro de Schubert

⁴⁸ KARDEC, Allan. **O livro dos espíritos**. Rio de Janeiro: Federação Espírita Brasileira, 1996.p.25.

*A consciência do enfermo para este ponto é fundamental, para que ele compreenda a sua participação no processo de desobsessão, na sua autodesobsessão, enquanto simultaneamente se realizem os trabalhos desobsessivos no Centro Espírita.*⁴⁹

Para os seguidores da doutrina espírita na cidade, o tratamento da loucura significou acontecimento extraordinário, seus idealizadores e funcionários entendiam estar fazendo um bem à comunidade. No objetivo de se elevarem espiritualmente através da caridade, alguns dirigentes se empenhavam na manutenção do Sanatório. Notamos no relato do Sr. Gladstone Rodrigues, administrador da instituição na década de 70, qual era o papel do Sanatório Espírita em Uberlândia:

*Então eu dizia sempre, depois que eu assumi a direção, dizia sempre para os nossos irmãos que ali trabalhavam que eu considerava aquela casa uma escada de Jacó, que se nós nos dedicássemos, nós dêssemos carinho aqueles irmãos, nós poderíamos através dos anos galgar algum degrau na escada de Jacó. Mas que se nós desprezássemos aqueles irmãos, deixar eles passarem fome, sede, frio, que nós estaríamos contraindo débitos que talvez nos custariam séculos para se resgatados. Então, nós precisávamos trabalhar naquela casa com muito amor, com muita dedicação para nós termos um crédito na vida futura, que é a vida que nos deverá preocupar realmente. É a vida verdadeira, é a vida eterna.*⁵⁰

Mas não bastaria a fé, a crença para construir este cenário peculiar de uma instituição espírita de cunho assistencialista, tratando doentes mentais em uma época dominada pela medicina racionalista. Daí a necessidade em buscarmos referenciais conceituais como os da representação que expressam valores, visões de mundo diferenciadas, percepções sobre o vivido, que os sujeitos históricos trazem em suas impressões, como também em práticas que visam conferir uma identidade social, exibir uma maneira própria de estar no mundo, significar simbolicamente um estatuto e uma posição.⁵¹

Sob esta ótica, apreendemos o social no desvelamento das práticas culturais, onde as classes e os vários segmentos da sociedade adquirem identidade, nas

⁴⁹ SHUBERT, Suely Caldas. O poder da vontade. In: **Obsessão Desobsessão. Profilaxia e Terapêuticas Espíritas**. Rio de Janeiro: Federação espírita Brasileira, 1981.p.105.

⁵⁰ CUNHA, Gladstone Rodrigues. **História de vida**. Uberlândia. 02 Abril 2002.

⁵¹ CHARTIER, Roger. op.cit.

configurações intelectuais, construindo nos símbolos, uma realidade contraditória e repleta de representações.

Desta forma, torna-se pertinente compreendermos a construção do Sanatório Espírita na década de 40 em Uberlândia, levando-se em consideração que a doutrina espírita estava neste período em processo de legitimação frente à sociedade. Neste período de institucionalização do Sanatório o espiritismo não era aceito por uma expressiva parcela das elites locais. A sua consolidação como um lugar de abrigo e controle dos loucos, associado à imagem de caridade e assistencialismo, permitiu o reconhecimento da religião espírita na cidade. Neste viés, o Sanatório Espírita de Uberlândia pode ser considerado mais um dos projetos político das elites uberlandenses capazes de impor a ordem em uma terra que almejava o progresso. Partindo do artigo sobre a inauguração do Sanatório percebe-se que este era parte do projeto de disciplinarização do espaço urbano:

Sob A Mais Viva Satisfação, Inaugurou-se domingo em nossa cidade, O “Asilo de Dementes”.

Conforme já é domínio público, inaugurou-se no dia 29 do mês de Abril próximo fundo, o Asilo de Dementes Allan Kardec, instituição essa, construída pelo espírito altamente dinâmico e caritativo do povo desta grandiosa Uberlândia e, patrocinada pela Associação Espírita.

As finalidades dessa benemérita instituição, pelo seu cunho verdadeiramente altruístico e humanitário não podiam mesmo deixar de merecer o apoio incondicional de todas as pessoas de bom senso – dar um abrigo àqueles que atravessando por esta urbe repleto de amarguras, ficaram privados de expressarem a sua vontade – a perda das faculdades mentais.

A cerimônia do ato inaugural foi presidida pelo trabalhador incansável da doutrina Espírita, o Sr. José Gonzaga de Freitas.

Vários elementos de destaque de nossa sociedade emprestaram com sua presença, maior brilhantismo a festividade. Estiveram presentes, o representante do Sr. Prefeito; o Sr. Luiz Arantes Diretor do Centro de Saúde; o Sr. Manuel Teixeira de Souza, Venerável da Loja Maçônica; os presidentes da Associação Comercial e dos choferes; os membros da Diretoria do Centro Espírita desta cidade, vários representantes de outras associações de classe, desta e de outras cidades do Triângulo e um número bastante apreciável de pessoas que com sua presença levaram desde logo o seu apoio incondicional de assistência aos obsedados.

Vários oradores se fizeram ouvir durante as solenidades, tendo sido calosamente aplaudidos, pela numerosa assistência a que enchi territorialmente o recinto.

*“Correio de Uberlândia” ao registrar semelhante fato, o faz com aquela satisfação que lhe é peculiar e se coloca de antemão ao lado dos dirigentes dessa nobre instituição, oferecendo-lhe o seu franco apoio e incondicional. E aos dinâmicos impulsionados de tão significativa empresa as nossas sinceras congratulações.*⁵²

Podemos apreender a partir da estruturação do poder local, a definição de papéis dos vários personagens da cidade. Partindo destes pressupostos, podemos apreender que a cidade limita o espaço destes personagens, ou até mesmo os exclui totalmente.

Desta forma, várias são os aspectos que devem ser levados em consideração para que compreendamos a instauração da instituição na cidade, seu funcionamento e legitimação, sua organização interna, assim como suas terapêuticas. Para a apreensão de suas práticas de internamento é pertinente o conhecimento do cotidiano do Sanatório Espírita de Uberlândia e a partir desta necessidade foram trabalhadas histórias de vida de vários com personagens que participaram da construção e trajetória desta instituição.

Observa-se que diversos relatos são permeados de experiências pessoais, havendo momentos em que datas e fatos se confundem com a própria vida do entrevistado. Todavia, podemos, a partir destas histórias de vida, traçar uma teia sobre as relações e as práticas desenvolvidas no Sanatório Espírita de Uberlândia.

Nesta perspectiva, segundo Dona Nega⁵³, haviam trabalhos de evangelização realizados com os espíritos obsessões vingativos, incentivando-os ao perdão, livrando as vítimas destes espíritos. O Sanatório Espírita destinava uma sala a sessões mediúnicas, com a leitura de obras espíritas, preces e trabalhos de desobsessão. Este tratamento era realizado sem que houvesse o contato de médiuns com os enfermos, uma vez que os médiuns entravam no Sanatório e permaneciam em um salão destinado à oração e depois de

⁵² CORREIO DE UBERLÂNDIA. Uberlândia. 01/05/1942. p.01

⁵³ CASTRO, Marolina, conhecida como Dona Nega. **Depoimento**. 2000. Hoje com 91 anos, foi funcionária do Sanatório Espírita de Uberlândia entre as décadas de 60 e 70, inclusive lá residindo por 13 anos. Foi uma das enfermeiras entrevistadas da instituição, não tendo qualquer formação acadêmica. Segundo a entrevistada não se lembra quando começou a trabalhar como enfermeira da instituição, na ala feminina, iniciando como voluntária.

terminado o culto se retiravam da instituição. As informações a respeito do estado espiritual dos pacientes eram obtidas através de mensagens psicografadas descritas por espíritos.

Dona Nega inicia seu trabalho na instituição como voluntária, sendo posteriormente remunerada, após longa discussão entre José Gonzaga de Freitas – diretor do Sanatório, que defendia o pagamento de salário – e a administração do Centro Espírita Fé, Esperança e Caridade, que administrava o Sanatório Espírita e também era o mantenedor da instituição. Sobre a figura de José Gonzaga de Freitas, pairava a imagem de bom administrador, pessoa caridosa que abriu mão do trabalho para se dedicar à atividades espíritas, principalmente referentes ao Sanatório Espírita.

Dona Marta ⁵⁴, que foi dirigente da instituição durante dois anos, e também participava de várias atividades espíritas, afirma que o Sanatório Espírita nunca recebeu subvenção de nenhum órgão federal, estadual ou mesmo municipal. A Prefeitura Municipal de Uberlândia nunca isentou nenhum imposto (IPTU, Água), apenas a CEMIG contribuía de alguma forma, isentando em 80% o valor pago pela instituição pelo consumo de energia elétrica. Todas as contribuições eram arrecadadas junto à comunidade, ao comércio, sendo realizadas pelo Sr. José Gonzaga de Freitas, que era diretor do Centro Espírita Fé, Esperança e Caridade. Segundo D. Marta, o Sr. José Gonzaga de Freitas era digno de confiança de toda a sociedade, sendo filho de Luizote de Freitas, família uberlandense abastada. Era o único filho não formado e toda a sociedade reconhecia seu esforço, pois sabia que todo o dinheiro entregue a ele era revertido em benefício aos doentes mentais do Sanatório.

O Sanatório funcionava durante vinte e quatro horas por dia, tendo capacidade de atendimento de 90 pacientes, com 40 casos crônicos e 50 casos passageiros, em média. Os quartos dos internos tinham tamanho reduzido, mal cabendo uma cama. A partir de relatos levantados a respeito da estrutura do Sanatório, notamos a semelhança a outras instituições que ofereciam o mesmo tipo de tratamento espalhadas pelo país, como o Sanatório Espírita

⁵⁴ DEUS, Marta Terra de. **Depoimento** 2002. Filha de Dona Florisbela, que administrou o Sanatório Espírita durante 27 anos na década de 70 e 80, estando na administração do Sanatório no período de seu fechamento. A partir deste período, Dona Marta assumiu a administração da instituição por dois anos.

de Uberaba, Goiânia, Anápolis entre outros. Existiam celas reservadas aos pacientes mais agressivos, havendo dois compartimentos isolados um do outro em que eram separados os homens e as mulheres. Referente à estrutura física do Sanatório, Gladstone relata:

(...) nestes dois compartimentos existiam o que nós chamamos de cela, que era justamente para os nossos irmãos agressivos, e os não agressivos têm lá o local de corredor semelhante ao que nós temos nos hotéis com quartos individuais, cama, tudo direitinho. No máximo que se fazia à noite era, depois de recolhermos os normais, os mais ou menos agressivos nos seus quartos, às vezes a gente passava um cadeado para evitar que eles saíssem à noite, ou para perturbar o vizinho. Mas isso, de manhã, nós abríamos o cadeado, eles saíam, iam para o pátio, tomava banho de sol, tomava banho normal, tudo completamente independente. No compartimento das mulheres a mesma coisa.⁵⁵

Neste relato, percebe-se que a “única alternativa” possível para conter os pacientes mais agressivos era colocá-los em celas, de tamanho reduzido, para que o doente mental não entrasse em contato com outros pacientes. A instituição que recebia pessoas que sofriam transtornos mentais toma ares de instituição carcerária, trancando seus pacientes para que eles não perturbassem a paz e a ordem da vizinhança, tendo duplo papel, como é relatado acima. Mais assustador mostra-se a forma como os pacientes “mais agressivos” eram tratados, permanecendo todo o tempo em celas trancadas e muitas vezes se alimentando de forma precária, sem o mínimo de higiene e cuidado.

(...) É, nós tivemos alguns enfermos muito perigosos, dominados por espíritos, parece que muito agressivos. Nós precisávamos cuidar com eles com muito cuidado e eles não aceitavam qualquer assistência. Tínhamos que dar comida em um prato de papelão, por baixo de uma grade, deixar eles comerem com a mão, porque se nós dêssemos um garfo ou uma colher seria perigoso eles até atingirem a gente, ou então quebrar tudo, coisa e tal, e, assim acontecia com colchões, com cobertores, tudo eles destruíam.⁵⁶

Segundo Dona Marta, alguns pacientes eram tão agressivos que não podiam sair de suas celas, havendo casos de agressões físicas cometidas por eles. Sua tia - que ajudava no Sanatório trabalhava sozinha à noite, cuidando dos pacientes - certa vez, quase foi morta por um paciente.

⁵⁵ CUNHA, Gladstone Rodrigues. **Depoimento**. Uberlândia. 2002.

⁵⁶ Idem.

*Quando ela foi levar o café à noite, foi pega pelo pescoço enquanto deu as costas à paciente, mas ela conseguiu se desvencilhar pressionando o corpo na mão do paciente.*⁵⁷

Quando passava a fase agressiva os pacientes podiam ficar no pátio e só voltavam às celas se tornasse a ficar agressivo. Notamos, desta forma, que a instituição não possuía preparação e conhecimento de métodos de contenção de pacientes que não fosse o trancafiamento em celas, uma vez que nas falas sobre este aspecto e práticas desenvolvidas na instituição fica claro que a contenção na cela era a única alternativa que se podia oferecer ao paciente agressivo.

Notamos a partir dessa fala que a terapêutica referente ao paciente crônico quase sempre era o seu trancafiamento em tempo integral, o que levava a debilidade ainda maior de seu quadro clínico. Este tipo de tratamento, segundo alguns psiquiátricas que lutam atualmente contra a manutenção de manicômios, leva ao estado de cronificação da doença⁵⁸, uma vez que o paciente não é estimulado, sendo cortados os vínculos mínimos com a realidade, perdendo aos poucos sua humanidade, não havendo comunicação com os outros pacientes ou com o mundo ao seu redor.

Referente à equipe de profissionais do Sanatório Espírita de Uberlândia, constatamos que esta não era profissionalizada, além de não haver uma equipe técnica suficiente para seu funcionamento, contando apenas com dois enfermeiros práticos (Rosalvo e Bitencourt), uma cozinheira, uma lavadeira, um barbeiro e um dentista. Existia o administrador da instituição, que na maioria das vezes era espírita e dois médicos que a princípio eram clínicos gerais, como o Dr. Moysés de Freitas e Euclides de Freitas, havendo médicos especialistas em psiquiatria somente a partir de 1967, com a chegada do Dr. Lázaro Sálum, posteriormente os psiquiatras Nivaldo Gonçalves e Osvaldo do Nascimento atendiam os casos psiquiátricos da instituição.⁵⁹

⁵⁷ DEUS, Marta Terra de. **Depoimento**. op.cit

⁵⁸ Cf.: MOFFAT, Alfredo. op.cit.

⁵⁹ CASTRO, Marolina. **Depoimento**. op.cit.

No tratamento ministrado aos pacientes, bem como a atuação dos médicos no Sanatório, notamos a utilização de práticas comuns neste tipo de instituição em todo o país, havendo intervenção no tratamento por parte da administração da instituição, principalmente quando o dirigente era espírita. Segundo Dona Marta, durante o período que sua mãe administrava a instituição:

*(...) a medicação dependia do estado do paciente, já que o paciente poderia estar obsidiado, ou então apresentar problemas orgânicos, sendo estes casos tratados geralmente Gardenal, Amplictil, Fenegan, entre outros.*⁶⁰

Quando o Sr. Rubens Francallace⁶¹ assumiu a direção da instituição, o eletrochoque era utilizado, sendo proibido por ele após seu conhecimento. O médico que trabalhava na instituição na época – cujo nome não é citado –, não aceitou a proibição e se desligou do Sanatório. O Dr. Lázaro Sálum que não utilizava este tipo de tratamento foi contratado pela instituição.

Segundo Dona Marta, O Dr. Oswaldo do Nascimento era o médico que atuava na instituição no período em que D. Florisbela⁶² administrava o Sanatório, não sendo aplicada carga pesada de eletrochoque nos pacientes, uma vez que não era admitido pela direção da instituição, e o médico era aberto ao diálogo e acatava as decisões da direção. Sobre o eletrochoque ela relata:

*(...) o eletrochoque não vai atuar no problema da obsessão, apenas deixando os pacientes mais alienados, sendo mais difícil sua resistência contra os espíritos obsessores. O tratamento no Sanatório, neste período era realizado de forma mais equilibrada, uma vez que podemos notar o diálogo entre dirigentes espíritas e médicos. O eletrochoque era evitado e, quando um paciente se tornava muito agressivo, era aplicada uma injeção que o acalmava.*⁶³

⁶⁰ DEUS, Marta Terra de. **Depoimento**. op.cit.

⁶¹ FRANCALLACE, Rubens. **Depoimento** 2000.

⁶² D. Florisbela era mãe de Marta, e foi dirigente do Sanatório Espírita de Uberlândia, durante a década de 70 e 80.

⁶³ DEUS, Marta de. **Depoimento** op.cit.

O Dr. Oswaldo Nascimento⁶⁴, relata que trabalhou anteriormente no Sanatório Espírita de Uberaba, já possuindo experiência no tratamento de doenças psiquiátricas. O médico foi também diretor do Sanatório Espírita da cidade de Rufinópolis, interior de São Paulo, por 4 anos. Em relação ao tratamento psiquiátrico em instituições espíritas relata que:

*(...) no Sanatório Espírita o tratamento espiritual abrangia 80% da prática, enquanto o restante se concentrava na esfera médica. Contudo, no que se refere ao tratamento espírita não posso dizer, já que não sou espírita e não participava.*⁶⁵

Segundo Dr. Oswaldo, ele tinha um bom relacionamento com a administração da instituição. Para ele, a esfera de influência espírita era muito marcante, uma vez que, em relação aos diagnósticos, mesmo que o médico concedesse alta ao paciente, este só era considerado curado e recebia alta, quando o diagnóstico espírita assim determinasse. Quando foi discutido a respeito do tratamento espírita realizado na instituição, Dr. Oswaldo nos relata:

*O eletrochoque na instituição espírita não existia. Apenas o tratamento medicamentoso da mesma forma que é feito aqui neste hospital da medicina (Hospital das Clínicas de Uberlândia). Medicamento, antipsicótico para as psicoses, né? pros delírios, alucinações, medicação anssolítica para os quadros de agitação, medicação antidepressiva para quem tivesse deprimido, medicação sonífera para quem tivesse dificuldade de dormir; o diálogo ficava mais a cargo do pessoal espírita que fazia ao mesmo tempo uma evangelização com o paciente, coisa que eu não entro em detalhe porque não entendo*⁶⁶.

Segundo o relato do Sr. Gladstone, depois de 2 anos que estava na direção do Sanatório, o Dr. Moysés de Freitas foi substituído pelo médico psiquiatra Lázaro Sálum, que será o primeiro psiquiatra da instituição. A partir daí notamos que a instituição funcionou e atendeu doentes mentais por aproximadamente duas décadas sem um especialista que ministrasse tratamento. A respeito da saída de Moysés de Freitas, Gladstone comenta:

⁶⁴ NASCIMENTO, Oswaldo José. **Depoimento**. 2002. Atuou no Sanatório espírita por 14 anos aproximadamente, entrando na instituição em 1976.

⁶⁵ Idem.

⁶⁶ Idem.

*O Dr. Moysés de Freitas, embora fosse radiologista, ele era salvo engano clínico geral e dava uma assistência aos enfermos lá no Sanatório, embora eu tenha para mim que ele não entendesse muito de doença mental, mas movido por uma boa vontade, por um ótimo coração, ele fazia o que podia com os conhecimentos médicos que tinha.*⁶⁷

Notamos no relato de Gladstone quando se refere ao médico que ministrava tratamento na instituição que o médico dispunha de “boa vontade” no tratamento aos pacientes, mesmo não conhecendo muito de doença mental. Este relato nos desvela que o Sanatório Espírita de Uberlândia, durante muito tempo foi uma instituição dirigida por espíritas, sendo essencialmente assistencialista, assim como em várias falas notamos a grande influência e poder nas mãos de administradores espíritas, que aprovavam ou não terapêuticas ministradas pelos médicos. Quando Gladstone se refere ao psiquiatra Lázaro Sálum, o direcionamento na escolha e aplicação de tratamentos também é perceptível, havendo a delimitação no campo de atuação do psiquiatra. A esse respeito comenta:

*Durante esse tempo do Dr. Lázaro Sálum, ele aplicava os conhecimentos dele como médico psiquiatra, não intervinha no tratamento espiritual, que quase consiste em evangelização, passes e água fluidificada. E ele aplicava a medicação que achava, dos conhecimentos médicos de psiquiatra que ele possuía.*⁶⁸

O pacientes do Sanatório Espírita também recebiam atendimento de outros médicos que não trabalhavam na instituição, inclusive de clínicas particulares, assim como doações de remédios. A este respeito Gladstone comenta:

*Eu trabalhava também junto aos consultórios médicos, e neste ponto eu tive um apoio de dois grandes amigos, Dr. Arnaldo Godoy de Souza e Dr. Manoel Tomaz de Souza. Eles tinham consultório médico e recebiam muita amostra. Então várias vezes eu fui ao consultório deles e saí com sacos cheios de amostras e levava para o Sanatório para serem utilizados lá pelos nossos enfermos. Outros médicos me davam apoio, não me recordo mais, mas o apoio principal era do Dr. Arnaldo Godoy e do Dr. Manoel Tomaz.*⁶⁹

Segundo Dona Marta, os médicos da instituição eram contratados e recebiam todos os direitos trabalhistas vigentes na época. Como a instituição não dispunha de recursos,

⁶⁷ CUNHA, Gladstone. **Depoimentos**. op.cit

⁶⁸ Idem.

⁶⁹ Idem.

uma vez que se sustentava a partir de doações de particulares, não poderia contratar mais profissionais. Desta forma, buscavam ajuda junto à comunidade médica no atendimento aos pacientes, havendo médicos que se dispunham a atender os pacientes como o Dr. Fausto que atendia no Hospital Santa Genoveva, e o Dr. Carmo Faustino, que era médico psiquiatra.

A Universidade Federal de Uberlândia disponibilizou uma equipe de enfermeiros sob a orientação do Dr. Oswaldo Nascimento e D. Florisbela logo alertou que não aceitaria que os pacientes fossem dopados, que fossem impregnados, quando isso aconteceu, ela mandou a equipe de volta. Mais uma vez notamos o grande controle promovido pela administração espírita, que não permitia a medicação de pacientes, assim como o questionamento do tratamento promovido por equipes de psiquiatras. Não era permitido o uso de medicação, e ao mesmo tempo se promovia na instituição a manutenção de celas para contenção de pacientes, que permaneciam muitas vezes durante longo período isolado, cronificando ainda mais o estado patológico do paciente. No que diz respeito às conseqüências do tratamento medicamentoso e do eletrochoque, a compreensão também perpassa pelo aspecto espiritual. Como Gladstone relata:

*Depois de uns certos anos, a medicação que os médicos, que o Dr. Lázaro aplicava e coisa e tal, começou a influenciar no sistema nervoso dos pacientes e eles tornaram-se mais pacatos. Parece que a medicação inibia a atuação agressiva dos espíritos. Eles se tornaram menos perigosos, mas no início nos davam muito trabalho e muita pena, porque lamentavelmente era como se fosse um animal agressivo.*⁷⁰

Mesmo colocando que a instituição era terminantemente contra o uso de eletrochoque, notamos que em alguns períodos esta terapêutica foi utilizada no Sanatório Espírita, e mesmo que em vários relatos apresenta-se claramente a influência na tomada de decisões da administração espírita da instituição, Gladstone relata que havia o respeito nas decisões referente ao tipo de terapêutica utilizada, por parte de médicos e de espíritas:

⁷⁰ Ibidem.

*(...) É, porque embora tivéssemos muita reserva sobre o eletrochoque, nós não nos manifestávamos, respeitávamos a resolução do médico e o médico respeitava os métodos espiritualistas.*⁷¹

A instituição foi desativada em meados dos anos 80, com a implantação dos serviços de Vigilância Sanitária pela Prefeitura Municipal, assim como a discussão a respeito da reforma psiquiátrica, pautada principalmente no projeto de Lei Paulo Delgado, que propõe a humanização e desarticulação progressiva dos manicômios. No entanto, segundo relato das pessoas entrevistadas, a determinação da extinção de celas em hospitais psiquiátricos e manicômios, tornaram o trabalho e o tratamento no Sanatório Espírita inviável, uma vez que alguns pacientes não poderiam circular pelo Sanatório sem colocar em risco a vida dos outros pacientes e também dos funcionários. O ex-diretor Rubens Francallace avaliou que as exigências da prefeitura municipal relativa a enfermeiros, médicos, higiene entre outros inviabilizou um trabalho que era caritativo, que acabou sendo desativado.⁷²

Segundo Dona Marta, devido à pressão do Estado em relação à exigência de maior infra-estrutura, ameaçou levar os pacientes para ficarem em frente ao Departamento Regional de Saúde, tentando pressionar para que a instituição continuasse funcionando, contudo não foi possível mantê-la, diante das novas diretrizes referentes ao tratamento psiquiátrico, que primam pela desarticulação de celas, a contratação de equipes multiprofissional, com psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros de nível superior, e principalmente a desarticulação de internações.

Com a desativação do Sanatório Espírita de Uberlândia, poderíamos supor que estes seriam encaminhados a outras instituições que proporcionassem atendimento mais adequado. Contudo, os pacientes retornaram às suas casas, uma vez que a única instituição que era capaz de oferecer tratamento psiquiátrico na cidade era Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, que não podia receber aquela quantidade de pacientes, aproximadamente 60, uma vez que não dispunha de espaço físico, situação que perdura até hoje.

⁷¹ Ibidem.

⁷² FRANCALLACE, Rubens. **Depoimento**. op.cit.

D. Marta concorda com algumas medidas propostas pelo novo projeto, como o Hospital-Dia, uma modalidade de tratamento em que o paciente recebe atendimento em uma clínica e, ao final do dia, retorna ao convívio da família, havendo grande ajuda na recuperação do paciente.

Quando indagamos ao psiquiatra Oswaldo Nascimento a respeito da Lei Paulo Delgado, que tem como uma de suas diretrizes gerais a desarticulação de longas internações, assim como condena alguns tipos de terapêuticas utilizadas como o eletrochoque, a contenção física agressiva, ou seja, o uso de camisas de força e celas, o médico afirma:

*Acho a lei extremamente inadequada, incompetente e insuficiente. O Paulo Delgado não tem a menor autoridade para falar sobre doença mental. Ele tem um irmão que parece que é psiquiatra e deve ter repassado para ele algumas informações, mas uma coisa é a informação que a gente sabe, e a vivência é outra daquela que os outros falam para a gente.*⁷³

Em determinado momento perguntamos a respeito da implementação dessa lei e qual seu desdobramento em relação à instituição, mediante a reestruturação da prestação de serviços psiquiátricos, e o médico nos relata:

*O Sanatório nunca aceitou a ingerência de ninguém. Então o funcionamento do Sanatório sempre foi do jeito que rezava o estatuto desde sua criação, até quando ela deixou de existir. Eu é que redigi o documento de fechamento dele, entregando, deixando de ser Sanatório, passando a ser outra entidade espírita que nada tem a ver com Vigilância Sanitária.*⁷⁴

Dr. Oswaldo salienta a grande pressão sofrida pela instituição por parte da Vigilância Sanitária frente à instituição, que exigia certos padrões de infra-estrutura que foram implantados no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, medidas inviáveis ao Sanatório, primeiro pelo fato de ser uma instituição assistencialista, mantida por doações, e pela inviabilidade de contratar profissionais de nível superior, assim como reorganizar sua estrutura. A fala do Dr. Oswaldo denota a pressão sofrida pela

⁷³ NASCIMENTO, Oswaldo. **Depoimento**. op.cit.

⁷⁴ Idem

instituição, sendo um dos fatores que contribuíram para o fechamento do Sanatório. Aliás, ele ressaltou que foi a única razão para o fechamento da instituição. Voltando a fala de Gladstone:

*(...) o fechamento do Sanatório se deu justamente por que não houve esse entendimento entre a legislação moderna e o espiritualismo, porque a ciência quer impor os seus métodos dentro do Sanatório, ou queria e o Sanatório desejaria manter os métodos espiritualistas que vinham a dezenas de anos professados naquela casa, então redundou no fechamento e fechou mais porque o Sanatório tem pouco recurso e a lei atual exige que o Sanatório tenha 2 ou 3 enfermeiros formados com alto salário, que tivesse 1 ou 2 psiquiatras também assalariados e que o tratamento espiritualista praticamente desaparecesse dentro daquela casa. Então, acabou se fechando o Sanatório lamentavelmente.*⁷⁵

Hoje, o Sanatório está desativado no que se refere ao tratamento de doentes mentais, mas o espaço funciona como Casa de Recuperação para transeuntes, com o oferecimento de almoço, para as pessoas que procurarem a instituição. Contudo, houve a permanência, no período de desarticulação da instituição de oito pacientes, sendo quatro homens e quatro mulheres, dos quais três já morreram. Entre estes cinco pacientes, quatro moram no Sanatório São eles: o Sr. Anísio que é cego, Pedrinho que se encontra em uma cadeira de rodas, Jandira e Iracélia, sendo que todos eles tomam medicação controlada e o paciente que não mora na instituição todos os dias realiza suas refeições no antigo Sanatório. Segundo Dona Marta, todos os pacientes que permaneceram no Sanatório já foram muito agressivos, atualmente são mais calmos.

Até meados da década de 70, o Sanatório Espírita de Uberlândia era a alternativa de tratamento psiquiátrico na cidade de Uberlândia. Entretanto, este quadro vai se modificar a partir das denúncias de maus tratos referentes aos doentes mentais em todo o país, que levantará a discussão sobre a estrutura arcaica encontrada em asilos e manicômios, sendo colocada em xeque. A reestruturação e novas formas de tratamento mais humanizado propostas pela Vigilância Sanitária e pelo Ministério da Saúde, atendendo a reivindicações do movimento de luta antimanicomial, surge e ganha força nos fins da década de 70.

A implantação na cidade do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia e a constituição do setor de psiquiatria, definindo técnicas de tratamento mais

⁷⁵ CUNHA, Gladstone. op.cit

complexas, assim como a chegada de vários psiquiatras, que legitimam a psiquiatria como conhecedora da loucura como patologia, e desta forma sujeita a tratamento, acarretou mudanças na estrutura antes a cargo de uma instituição assistencial, que primava muitas vezes pelo tratamento espiritual. O projeto de implantação de uma Universidade Federal na cidade faz parte do projeto que visava essencialmente o ideal progressista, buscando promover a industrialização e o desenvolvimentismo na cidade, reafirmando o ideal uberlandense de urbes moderna. Machado levanta esta questão quando discute estes projetos

*(...) os discursos da “ordem e do progresso”, construídos no seio da sociedade uberlandense, podem se traduzir, na prática tanto nos grandes projetos políticos – identificados nas lutas por estradas, pela viabilidade do Distrito Industrial, por uma Universidade Federal, pela sede do 36 ° Batalhão de Infantaria, para sediar grandes centros armazenadores de grãos, por uma arquitetura faustosa de cimento armado, expressa no estádio de futebol, no shopping center e outros.*⁷⁶

Desta forma, podemos apreender que a construção de Escolas Superiores será um projeto encabeçado pela elite, visando à constituição de uma intelectualidade uberlandense, além do fato da cidade torna-se também centro de referência de ensino superior. Na década de 60 começa uma grande campanha junto a toda a comunidade, ao governo federal e estadual, que contava com políticos de grande influência no engajamento deste projeto. Em 1969 é instalada a primeira faculdade com o curso de Engenharia, criando a Universidade Federal de Uberlândia.

Com a criação da Escola de Medicina de Uberlândia em 1970 vislumbra-se o empenho e luta de vários personagens influentes na política municipal e também federal, em alçar grandes projetos para a cidade inclusive como pólo de referência em saúde pública, deslocando o foco da Faculdade de Medicina de Uberaba. Na fala de várias personalidades que participaram do processo de planejamento e implantação da Escola destacamos:

⁷⁶ MACHADO, Maria Clara Tomaz. **A disciplinarização do espaço urbano burguês: assistência social institucionalizada (Uberlândia –1965 a 1980).** São Paulo: USP, 1990. (Mestrado/FFLCH). p.35.

*(...) E a idéia só não foi para frente porque não era proposta do governo federal criar escolas públicas de nível superior. Esta tomada de posição por parte de pessoas da comunidade, como o Sr. Primo Crosara, mexeu com os brios de alguns elementos da classe médica e a partir de uma conversa que tivemos no hospital Santa Clara durante uma cirurgia com o Dr. José Bonifácio Ribeiro, ele sugeriu que se organizasse imediatamente um grupo de trabalho no sentido de procurar o deputado Rondon Pacheco, que estava na cidade, para avaliar a possibilidade de apoiar a criação da Escola de Medicina. Este grupo foi feito a relação de nomes inclusive está nos histórico de atas da FEMECIU, que é a Fundação para manter a Escola de Medicina.*⁷⁷

O projeto de construção da Escola de Medicina, que fazia parte do projeto de trazer à Uberlândia uma Universidade de grande porte, foi abraçado pelo poder local, com incentivo para que a obra se concretizasse de forma mais rápida possível. Desta forma, podemos apreender o empenho do poder público municipal para que este projeto pudesse sair do papel.

*Vários elementos da cidade, não só da área médica, como prefeitos daquele período, Paulo Pereira Rezende, que estava na Prefeitura em 1966, Renato de Freitas, que assumiu logo depois, e Virgílio Galassi, também participaram. Foram administrações que não titubearam em dar apoio integral à obra. Tivemos doações de terrenos, doação de terraplanagem, construção de rede de água de esgoto, permitindo inclusive, que a obra saísse em tempo recorde.*⁷⁸

O processo de formação do Hospital das Clínicas inicia-se em 1965, encabeçado por vários representantes da elite uberlandenses, principalmente pelos médicos, como Dr. José Olympio de Freitas Azevedo, Dr. João Fernandes de Oliveira e o Dr. José Bonifácio Ribeiro, que pretendiam criar uma Faculdade de Medicina, recebendo em um primeiro momento o nome de Fundação Escola de Medicina (FEMECIU). Em meados de 1966/1967 foram levantados recursos junto à comunidade para a fundação de um laboratório de anatomia, para a realização das aulas práticas.

⁷⁷ APUD. CAETANO, C.GDIB, Miriam M.C. **A UFU no imaginário social**. Uberlândia: UFU. 1988.p. 53,54.

⁷⁸ Idem. p.56.

Cf.: GOMES, Aguinaldo Rodrigues, WARPECHOWSKY, Eduardo Gomes, NETO, Miguel Rodrigues de Sousa. (orgs) **Fragmentos imagens memórias: 25 anos de federalização da Universidade Federal de Uberlândia**. Uberlândia: EDUFU, 2003.

A área na qual se localiza o Hospital Universitário foi doada por pessoas da comunidade, sendo a primeira delas pelo empresário Ruy de Castro Santos. Foi arrecadada junto à população recursos para a construção do primeiro prédio, com 2400 m², abrigando o curso básico de medicina, formado por anatomia, histologia e biofísica, do primeiro ano.

O Hospital das Clínicas inicia seu funcionamento no dia 28 de agosto de 1970, sendo convidados para a solenidade de abertura o Ministro da Educação Jarbas Passarinho e o governador de Minas Gerais Rondon Pacheco. O tratamento desta instituição era direcionado à população carente da cidade, sendo que neste primeiro momento não contava com nenhum convênio, sendo sustentado apenas com as mensalidades dos alunos da Escola de Medicina.

Houve uma grande mobilização da área médica, que se dedicaram a este projeto da Escola de Medicina, constituindo sua docência na prática, pois muitos dos professores não tinham experiência em ensino. Em agosto de 1974, o Conselho Federal de Medicina de Medicina reconheceu o curso de Medicina da FEMECIU. Entretanto, a Sociedade Médica não contribuiu para este projeto, uma vez que, representando os interesses econômicos da classe médica, supunha a perda de clientes e mercado:

*Onde tivemos muita resistência foi na Sociedade Médica, não pudemos criar inclusive a Escola de Medicina como obra desta sociedade porque os médicos, ansiosos, com medo da concorrência resistiram à idéia de ter um curso de Medicina aqui. Alguns médicos da cidade acabaram assumindo a diretoria da Sociedade Médica com a finalidade de resistir à idéia da criação da Escola de Medicina.*⁷⁹

A partir de setembro de 1975, foi celebrado o primeiro convênio médico entre o MEC – Ministério da Educação e MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social com o Hospital das Clínicas.

*A partir deste convênio global o Hospital das Clínicas conseguiu importante equilíbrio financeiro no sentido de permitir a ampliação da sua capacidade quanto a oferecer serviços médicos de várias especificidades.*⁸⁰

⁷⁹ Ibidem.p.56.

⁸⁰ **JORNAL DA UFU**. Informativo da Universidade Federal de Uberlândia. Agosto de 1999. Nº 57.p.12.

No que se refere ao setor de psiquiatria, notamos que foi um dos últimos a ser implantado, não havendo, inclusive, muita alusão a este fato em vários programas de divulgação, ou mesmo sobre trabalhos que versam sobre a Universidade, e em contrapartida do Hospital das Clínicas.

O setor de psiquiatria foi organizado com a chegada na cidade da psiquiatra Mirian Andraus em 1977, e que ministrava aulas práticas da especialidade em sua antiga clínica. Foi a partir de 1981 que o setor de Psiquiatria foi transferido para o Campus Umuarama e a partir de 1983 foi inaugurada a ala de Psiquiatria que ocupou o antigo prédio da Escola Básica.⁸¹ Neste período o convênio com o INAMPS já existia, havendo recursos para que as pessoas fossem atendidas no Hospital das Clínicas, uma vez que anteriormente estes pacientes eram encaminhados para outros hospitais, como em Ribeirão Preto ou mesmo Uberaba.

O Hospital das Clínicas sempre contou com espaço insuficiente para atender pacientes psicóticos. Quando houve a desativação do Sanatório Espírita de Uberlândia, os pacientes que lá se encontravam foram encaminhados para suas casas, já que a ala de Psiquiatria não tinha capacidade e estrutura para abrigar estes pacientes, como podemos identificar no relato de D. Marta⁸² ex-dirigente do Sanatório Espírita de Uberlândia.

A ala de psiquiatria do Hospital das clínicas conta hoje com 40 leitos psiquiátricos, sendo esta ala dividida em duas seções: uma delas destinada aos pacientes em crise, contando com 12 leitos e outra ala geral com 28 leitos. Deste número de leitos, 40% são destinados a pacientes da cidade e o restante para pacientes da região de abrangência do hospital⁸³, havendo uma rotatividade muito grande destes leitos, sendo este aspecto positivo uma vez que não é possível a longa permanência do paciente na instituição.

⁸¹ **JORNAL DA UFU.** op.cit.9

⁸² DEUS, Marta. op.cit.

⁸³ **JORNAL DA UFU.** op.cit.p.9

A exigência do Ministério da Saúde define que deve haver um leito psiquiátrico para cada mil habitantes. Neste sentido, com um raio de abrangência de 2 milhões de habitantes e 40 leitos, situa-se abaixo do estabelecido pelo Ministério da Saúde. Atualmente, o hospital das Clínicas recebe fomento do SUS (Sistema Único de Saúde), no que se refere ao atendimento e internação psiquiátrica. As internações podem ocorrer apenas em casos de crise, quando os serviços ambulatoriais, chamados substitutivos não conseguem contornar o problema e, mesmo assim o SUS paga o tratamento por no máximo 45 dias, sendo depois deste período encaminhado para outras modalidades de tratamento, não podendo haver a permanência do paciente em hospital psiquiátrico.

Com a hierarquização proposta pelo SUS, preconizando graus de atendimento, onde o paciente com transtornos mentais deve ser acompanhado em seu tratamento nas unidades de atendimento substitutivo, como os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), e caso ocorram complicações no tratamento e haja necessidade de tratamento mais complexo deve ser encaminhado ao hospital psiquiátrico, na medida em que este atenda os requisitos definidos na portaria 224 ⁸⁴, que será discutida no capítulo três. Por estas normas cabe à ala psiquiátrica do Hospital das Clínicas apenas a urgência psiquiátrica. Esta medida do SUS busca desobstruir o setor psiquiátrico, além de regular o internamento compulsivo no setor, evitando assim a internação no tratamento referente à doença mental.

⁸⁴ Portaria 224. 29/01/1992. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento ambulatorial em saúde mental.

CAPÍTULO II

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL EM UBERLÂNDIA

Devemos pensar a realidade da cidade ligada às transformações que ocorrem a nível nacional e até mesmo mundial, uma vez que não vivemos desconectados do momento histórico e do contexto que buscamos desvelar. Só compreenderemos como foi forjado o plano de saúde mental em Uberlândia, em 1987, bem como as discussões apresentadas em seu bojo, e a sua sintonia com as políticas discutidas nacionalmente, se atentarmos aos movimentos e pressupostos teóricos em que estas políticas foram deflagradas.

Também é pertinente a compreensão da legitimidade destas políticas frente aos movimentos que culminaram nessas mudanças como a reforma sanitária e a reforma psiquiátrica. A implantação dos CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), que se efetivou em 2002, foi um processo de adequação e discussão das políticas públicas que reorganizaram as práticas e terapêuticas referentes ao tratamento psiquiátrico, estruturando estas instituições no formato que apresentam hoje, pautadas nos princípios da lei 10.216, conhecida como Lei Paulo Delgado.⁸⁵

2.1. Emergência do movimento de reforma sanitária

Principalmente no período de redemocratização do Brasil, que trazia em seu bojo a insatisfação de diversos segmentos da sociedade com as políticas vigentes no país observamos que setores de atendimento a população de necessidades básicas como saúde estavam sucateados ou mesmo entregues ao setor privado. No que se refere à saúde, percebemos uma crise neste sistema, que se encontrava nas mãos de um setor privado, montado em uma grande estrutura comandada pelo INANPS.⁸⁶

⁸⁵ Lei 10.216. 06/04/2001. Gabinete Ministerial. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Conferir Anexo.

⁸⁶ Sobre a formação e políticas referentes ao sistema previdenciário Cf.: OLIVEIRA, J.A. A, TEIXEIRA, S.M.F.In: **Previdência Social. 60 anos de História da Previdência no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1985.

Esta política de saúde implantada na década de 60 se constitui de forma fragmentada, privilegiando essencialmente a vertente previdenciária, que investiu grande soma de verbas públicas no setor privado, denotando forte ligação com o interesse de grandes conglomerados farmacêuticos, indústria de equipamentos médicos, assim como grande investimento por parte do setor público na construção e implantação de hospitais e clínicas privadas. De acordo com Oliveira e Teixeira:

*Este privilegiamento da medicina previdenciária assistencialista e especializada indicavam uma clara articulação do estado com os interesses do capital internacional que se expande entre nós com a penetração da indústria farmacêutica e de equipamentos hospitalares. Tal estratégia propiciou a criação de um forte complexo médico-industrial na área de produção de medicamentos e equipamentos.*⁸⁷

Estes modelos excludentes, que beneficiavam o tratamento previdenciário levaram à terceirização da medicina, que dava preferência aos internamentos e tratamentos mais caros, promovendo o atendimento médico visando o lucro. No período de assistência previdenciária houve um investimento maciço de recursos públicos na rede privada que não tinha um sistema de controle que garantisse eficácia e acesso aos previdenciários, levando a abusos e distorções, ocasionado por uma elevação no número e tempo de internações. Apresentou-se, então, um fosso entre a medicina curativa e preventiva, que perdura até os dias de hoje. Nota-se o agravamento desta crise no final da década de setenta, evidente quando analisamos pesquisas sobre o período:

*A partir de 1976 o discurso oficial e as medidas de governo começaram a reconhecer a crise no setor saúde. Crise no padrão da organização montado e desenvolvido desde 1966 com a criação do INPS e que teve na capitalização da medicina, conforme se demonstrou sua característica fundamental. Crise no sentido econômico – financeiro e na estruturação e eficácia da rede dos serviços de saúde. Crise, enfim, de natureza claramente política.*⁸⁸

⁸⁷ OLIVEIRA, J.A.; TEIXEIRA, S.M.F. In: **Previdência Social. 60 anos de História da Previdência no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro, 1985.p.130.

⁸⁸ BRAGA, José Carlos de Souza e PAULA, Sérgio Góes de. **Saúde e Previdência: Estudos de política social**. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1981.p.195.

Pecebe-se, desta forma, discussões que emergiram principalmente no seio das faculdades de medicina, levando profissionais de saúde a discutirem propostas de abertura no setor de saúde, patrocinando pelo Estado. Tais críticas eram direcionadas ao modelo previdenciário existente, sendo importante ressaltar que essas discussões tornaram-se frequentes no período de abertura do regime militar, momento de grande participação popular na reivindicação de processos democráticos.

Este tipo de abordagem e novas propostas buscavam um viés mais social referente à saúde, propondo que o tratamento de saúde considerasse o contexto histórico no qual estava inserido o paciente, atentando-se ao papel da família, trabalho, relações que travava, enfim, todos os elementos que afetassem este indivíduo direta ou indiretamente, para que possam ser mapeadas as possibilidades de uma possível patologia. O objetivo era que a medicina contemplasse o paciente de forma total, inserindo-o no meio em que vivia. Estas discussões vão culminar no movimento conhecido como “reforma sanitária” que vai priorizar a discussão de mudanças na política nacional referentes à saúde.

*A rede de assistência médico sanitária será operada pelo setor público, salvo em circunstâncias especiais. A rede de assistência médico-hospitalar será operada simultaneamente pelos setores público e privado.*⁸⁹

As discussões levantadas emergem em um momento em que vários segmentos da sociedade reivindicam melhores condições de vida, e maior participação da população em processos que o afetem diretamente. Conforme Alvarenga:

*A questão do potencial político transformador destes movimentos ganhou relevância no Brasil pós-64 e a década de 70 é profícua em estudos que problematizam os temas de autonomia, das novas formas de democracia e do urbano como espaço para constituição de novos atores sociais.*⁹⁰

A partir da década de 80, os princípios defendidos pela reforma sanitária vão ser incorporados ao Estado, especialmente no que se refere à abrangência e a responsabilidade em relação à saúde. Conforme Ogata estas mudanças são:

⁸⁹ Ibidem. p.199.

⁹⁰ ALVARENGA, Nizia Maria. Movimento popular, democracia participativa e poder político local: Uberlândia 1983/88. In: **Revista História e Perspectivas**. n°4, Janeiro/Junho 1991.p.103.

(...) resultante de uma tática desenvolvida inicialmente no seio da reforma sanitária, de ocupação dos espaços públicos de poder e de tomada de decisão como forma de introduzir mudanças no sistema de saúde, num momento em que se renovavam as lideranças tecnoburocráticas. Por outro lado, o Estado teve interesse em absorver o pensamento crítico com o objetivo de ganhar legitimidade.⁹¹

Este movimento resultou na organização da VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, que teve a maior representatividade até então já vista. Participaram do evento representantes da sociedade civil, instituições de saúde, sindicatos, governo, dentre outros. Esta conferência propôs o Sistema Único de Saúde (SUS), definindo as atribuições nos planos nacional, estadual e municipal e as devidas responsabilidades em todas as suas instâncias.

Em 1988, houve a promulgação da Constituição Federativa do Brasil, na qual a saúde conquistou um espaço histórico. Garantiu-se a saúde como direito de todos e dever do Estado sendo instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), que deveria respeitar os princípios da universalidade, hierarquização e regionalização, equidade, participação dos cidadãos e complementaridade pelo privado. Previu também a integralidade que implica um modelo de atenção que prioriza as ações preventivas e coletivas, sem prejuízo das ações curativas e individuais.

2.2 Reforma psiquiátrica

A reforma psiquiátrica partiu de denúncias de diversos setores da sociedade, da imprensa e de trabalhadores de saúde sobre as condições em que viviam as pessoas nos hospitais psiquiátricos, apresentando quadros de negligência absoluta, encontrando-se pacientes internados há diversos anos, esquecidos pelo mundo nestas instituições, começa-se a pensar novas estratégias para o tratamento. Grande parte das críticas focava o longo período de internação, mantido a partir de verbas públicas, o que tornava mais lucrativo para a instituição. Grande parte da verba destinada ao tratamento psiquiátrico era destinada a hospitais e clínicas privadas e uma pequena parcela ao serviço público.

⁹¹ FUREGATO, Antônia Regina F; OGATA, Márcia Niituma; SAEKI, Toyoko (orgs). Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica no Brasil: Convergências e Divergências. In: **Revista Nursing**. São Paulo: USP, Maio de 2000.p.27.

Em um primeiro momento assistência psiquiátrica acompanhou as discussões no que se refere à saúde no país, realizando críticas principalmente no que diz respeito à questão da grande ampliação de hospitais privados que foram credenciados pelo sistema de Previdência Brasileira, tornando-se as maiores instituições de atendimento psiquiátrico.

Partindo deste debate sobre o estado em que os hospitais psiquiátricos “mantêm” seus pacientes, remontamos às discussões sobre a reforma psiquiátrica. Esta se constitui historicamente nos últimos anos do regime militar, denominado “milagre econômico”. Conseqüentemente pelo processo de abertura democrática, vários foram os segmentos da sociedade que se organizaram criando movimentos que primavam pela maior participação popular, inserindo o cidadão em decisões que o afetassem diretamente, e neste contexto, a reforma do sistema de saúde vigente e a forma como o atendimento psiquiátrico era ministrado foi colocado em questão.

Por proximidade, as discussões sobre a reforma psiquiátrica estavam inseridas no seio da reforma sanitária, movimento que discutia entre os trabalhadores do setor de saúde, como deveria ser gerido e ampliado o atendimento em saúde. A proposta de desinstitucionalização do sistema psiquiátrico propõe a construção de um novo projeto de saúde mental.

Neste primeiro momento, a reforma sanitária teve o papel de crítica às políticas de saúde promovidas no Brasil, privilegiando a atuação do setor privado, que recebia verbas públicas, assim como colocava em xeque a posição e papel do médico e de sua prática frente ao paciente. Este movimento objetivava a promoção da total cobertura ao paciente, respeitando os seus vários aspectos.

A proposta de desinstitucionalização do sistema psiquiátrico tinha como meta a construção de um novo projeto de Saúde Mental. A partir da Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em 1987, optou-se por uma estratégia de mudança, segundo a qual o processo de construção/desconstrução deveria acontecer no cotidiano das instituições.

Nestes espaços, novas maneiras de lidar com a loucura podem ser encontradas, desde que se trabalhasse a reintegração do paciente à sociedade.

Este movimento se tornará mais consistente no país principalmente a partir da proposta de lei encaminhada ao Congresso pelo deputado federal Paulo Delgado (PT) em 1989, concretizando-se apenas em 06 de abril de 2001, com diversas modificações em relação à sua proposta inicial. Esta lei defende principalmente a extinção progressiva dos manicômios, uma vez que estas instituições confinavam seus pacientes durante anos, o que apenas contribuiu para o agravamento de seu quadro. Este novo momento de propostas diferenciadas de tratamento defende a humanização do tratamento com recursos que não sejam apenas os terapêuticos. O ano 1990 se caracteriza como um período marcado pela presença de uma nova consciência dos profissionais de saúde, ampliando a luta para o campo político, ideológico e cultural, enfrentando o fortíssimo poderio econômico dos “Empresários da Loucura”.⁹²

Durante este período de espera pela tramitação da lei, várias foram as ações delineadas pela sociedade civil quando na área médica e política convocando todos a abraçar a causa, cuja proposta era a erradicação do estigma que o doente mental carrega. A participação de familiares e também de pacientes que sofrem de transtorno mental vai se tornando frequente, sendo fato comprovado a participação em congressos e palestras a respeito do tema, como a I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), e a III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) e dos movimentos de luta antimanicomial, assim como associações de usuários de saúde mental.

Esta foi também uma época de ampliação da discussão sobre direitos humanos e o papel da sociedade civil no planejamento e na participação dos vários projetos propostos pelo Estado. Foi só a partir daí que foi possível a implantação de políticas mais direcionadas ao atendimento da população em geral. Estas mudanças foram visíveis em

⁹² DELGADO, Paulo. O desafio da reforma. In: **Revista Cidadania**. Outros olhares. Escritório de Juiz de Fora - MG e Gabinete do Deputado Paulo Delgado, 2001.p.7.

diversos municípios, que tomaram frente no processo de desconstrução deste grande aparato burocrático proposto pelo Estado.

2.3.Constituição da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia

Em Uberlândia estas transformações foram delineadas a partir da abertura do regime militar, momento em que outros personagens entram em cena, promovendo novas formas de relacionamento com a população. O PMDB atuou tanto frente aos setores populares, incentivando-os a tomarem algumas decisões referentes ao serviço de atendimento básico à população:

*Naquele momento, de retomada do processo democrático do país, o PMDB carrega a bandeira da democracia que significa descentralização administrativa e da participação que é a organização da população em associações comunitárias como alternativa à política clientelista.*⁹³

Podemos notar que na campanha de Zaire Rezende (PMDB) em 1982, definem-se novos personagens que vão configurar o governo, apostando em novas formas de intervenção junto à população. Em sua proposta de governo defendida na campanha eleitoral para o governo municipal, oferece como princípios norteadores de ação os aspectos importantes referentes ao atendimento das necessidades da população:

*Nossa proposta, como se verá, é no sentido de promover o desenvolvimento harmônico, destacando as funções sociais da ação do Executivo Municipal e criando condições para que Uberlândia seja modelo, para o Brasil, de cidade grande, desenvolvida e humanizada. Enfim, uma cidade para o ser humano.*⁹⁴

Nesta nova proposta a administração Zaire Rezende preconiza a reestruturação de alguns setores de serviços básicos no atendimento da população, apresentados como prioritários, entre eles: saúde, saneamento, habitação, educação, cultura entre outros.

⁹³ ALVARENGA, Nizia Maria. op.cit.105.

⁹⁴ PROPOSTA para a ação do governo municipal. Venceremos PMDB. **Programa de governo do PMDB.** Acervo do Secretário de Saúde Flávio A. Goulart. Uberlândia, 1982.p.2.

Em relação à saúde foi levantada a questão da omissão do poder municipal até aquele momento, propondo a necessidade de trabalho conjunto com outros setores administrativos, visando promover melhorias no atendimento à população, considerando a questão sanitária, de habitação, controle de zoonoses, entre outros.

*As diretrizes para a ação da Prefeitura Municipal devem, em primeiro lugar, mudar radicalmente seu caráter omissivo e negligente em relação à saúde e induzi-la a uma participação, no mínimo, em condições de igualdade com outras instâncias – a SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE – SES, a UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – UFU e o INAMPS – no delineamento da política municipal de saúde, bem como a prefeitura passará a executora de uma série de medidas diretas nesta área.*⁹⁵

Em entrevista realizada sobre a posse do novo governo, foi realizada a apresentação dos novos secretários que iriam integrar o governo, assim como apresenta as ações propostas pela nova administração municipal. Referente à questão da saúde enfatiza:

*Zaire anuncia secretariado que vai transformar a cidade
(...) Serão criadas quatro novas secretarias: a Secretaria de Educação e Cultura será desmembrada, dando origem à secretaria de Cultura; a Secretaria de Ação Social e Saúde dará origem a Secretaria de Saúde.*⁹⁶

Para diversas secretarias Zaire Rezende convidou especialistas da área, ou mesmo professores universitários. Assim a Secretaria de Saúde e Ação Social foi ocupada pelo Dr. Flávio Andrade Goulart, médico sanitarista, professor da área de Medicina Social da Universidade Federal de Uberlândia, superintendente de Saúde Pública do Centro Regional de Saúde de Uberlândia, membro e coordenador do Grupo de Trabalho sobre “municipalização de Serviços de Saúde”.⁹⁷

*As pastas diretamente envolvidas com as classes populares foram encabeçadas por professores universitários, profissionais de nível universitário que em alguns casos nem eram da cidade, não apresentando laços familiares ou compromissos que os prendessem aos interesses dominantes. Sustentavam posição político-ideológica mais próxima à crítica e a mudança, eram mais predispostos a manter relações democráticas no seu cotidiano com as classes populares e também estavam mais comprometidos com os princípios da luta popular.*⁹⁸

⁹⁵ Ibidem. p.2.

⁹⁶ **JORNAL PRIMEIRA HORA**. Uberlândia, 27/01/1983. p.1.

⁹⁷ Ibidem. p.4.

⁹⁸ ALVARENGA, Nizia Maria. op. cit. p. 115.

Na administração do Dr. Flávio Goulart, promoveu-se várias discussões referentes à questão da saúde em Uberlândia, principalmente no que se refere à criação da Secretaria Municipal de Saúde, para que o poder público definisse seu plano de trabalho e também promovesse maior intervenção no município:

*É assim imperiosa a criação de uma Secretaria Municipal de Saúde, que contará com uma equipe de profissionais competentes na área de saúde coletiva e, naturalmente, sintonizados com as diretrizes políticas mais amplas que manterão a futura Administração.*⁹⁹

Em 1987 é lançado o Programa de Saúde da Administração Zaire Rezende, pautado em princípios de maior amplitude na área de saúde, colado aos princípios da Declaração Universal dos Direitos Humanos, que define que todo cidadão tem direito a saúde e bem estar, incluindo a possibilidade de alimentar-se, vestir-se, promover à sua família as condições mínimas para seu bem estar. Este direcionamento é inovador em relação àquele que privilegiava a assistência previdenciária público/privada.

A partir desta época é evidente a participação ativa de Uberlândia em debates e conferências sobre a questão da saúde em todo o país. O Secretário de Saúde Flávio Goulart participou da VIII Conferência Nacional de Saúde, sendo inclusive o representante do município de Uberlândia no evento, que discutiu principalmente a questão da cidadania e saúde e qual deve ser o papel do estado nesta problemática.¹⁰⁰ Em entrevista o Secretário da Saúde comenta:

*A implantação na íntegra das proposições surgidas no encontro só será possível, segundo o secretário, através do esforço político, uma vez que sugere alterações profundas no sistema tributário, em aspectos constitucionais e mesmo na questão da política externa. Neste esforço é fundamental ainda, na opinião do secretário, a mobilização popular no processo de mudança.*¹⁰¹

⁹⁹ ORGANIZAÇÃO do Departamento de Saúde no âmbito da Secretaria Municipal de Ação Social e Saúde de Uberlândia. Prefeitura Municipal de Uberlândia. **Ofício n. 013/83**. Acervo do Secretário de Saúde Flávio A. Goulart. p.1.

¹⁰⁰ Conferir Anexo II

¹⁰¹ **JORNAL TRIÂNGULO**. Uberlândia. 27/03/1986. p.4.

A Secretaria Municipal de Saúde foi o resultado do projeto de governo Zaire Rezende intitulado “Democracia Participativa”, cujo programa elaborado junto à população, em várias reuniões na comunidade (aproximadamente 500), levantaram-se problemas que mais afetavam a população. Estas reuniões demonstraram a necessidade de maior atuação por parte do governo municipal no que se referia ao setor de saúde.

Esta participação política trazia uma nova forma de relação do poder local com a população, na medida em que dialogando com a população sobre seus problemas a chama a responsabilidade apaziguando os possíveis conflitos e resistência frente ao poder local. A reestruturação proposta pelo governo do PMDB, também define sua estratégia e seu slogan de administrações em campanhas eleitorais posteriores, utilizando estas ações como plataforma eleitoral.

*(...) a relação estimulada era de troca de serviços urbanos por votos. De uma maneira geral toda política social da Administração Municipal visava sedimentar o apoio popular para eleições futuras. Foi afirmado por um político da Administração na fase final da campanha eleitoral que lhe deu a vitória que se ganhassem as eleições a execução do programa lhe garantia vitórias sucessivas.*¹⁰²

Entretanto, este plano de governo foi elaborado após várias reuniões com a comunidade entre os anos de 1981 e 1982, sendo a questão da ineficiência do setor da saúde uma das grandes preocupações da população, abordada inúmeras vezes. Estas reuniões levantaram junto à comunidade os problemas mais pertinentes e mais urgentes no que tange a saúde, sendo estes concentrados em três pontos do documento:

*-A falta de serviços de assistência à saúde em muitos dos bairros da cidade e da zona rural;
-As deficiências de qualidade e a massificação dos serviços prestados nos órgãos envolvidos com a assistência à saúde na cidade, fossem eles públicos ou privados;
-A correlação entre as deficiências de infra-estrutura urbana, tais como saneamento, urbanização etc, bem como das condições de vida (salário, alimentação, habitação).*¹⁰³

¹⁰² Ibidem. p.106.

¹⁰³ **PROGRAMA de Saúde da administração Zaire Rezende. Democracia Participativa.** Prefeitura Municipal de Uberlândia. Arquivo do Secretário de Saúde Flávio Goulart. p.5.

Este programa trará em seu bojo a proposta de saúde em sua totalidade, no sentido em que estará atento às questões como infra-estrutura sanitária, controle de doenças endêmicas, zoonoses, serviços de abastecimento de água e medicina preventiva e curativa.

2.4. Programa de Saúde Mental de Uberlândia

Dentro da proposta de trabalho do Governo Zaire Rezende, torna-se pertinente a análise do plano de Saúde Mental da administração Municipal, o primeiro que vai pautar ações e formas de tratamento na cidade de Uberlândia. O programa de saúde mental estará situado no setor de Divisão de Programas Especiais e estará definido da seguinte forma:

-Seção de Saúde Mental

*-Executar o Programa Municipal de Atenção à Saúde Mental, com seus subprogramas: Atenção Primária e Atenção Especializada.*¹⁰⁴

Este programa foi estruturado de forma a abranger três instâncias de poder: municipal, estadual e federal, interligando-se ao processo de implantação do Plano de Saúde os seguintes órgãos: INAMPS, Ministério da Saúde, Secretaria Estadual Saúde e Secretaria Municipal de Saúde. Este programa define como ações a questão da regionalização, partindo dos centros periféricos, utilizou para este atendimento o princípio de território, definido por Fernando Tenório:

*Território como algo que demarca a regionalização da assistência, mas que é muito mais do que isso: o território não é o bairro de domicílio do sujeito, mas o conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura do seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo. A noção de território aponta, assim, para a idéia de territórios subjetivos. Em lugar de psiquiatria comunitária e preventiva, fala-se hoje em atenção psicossocial e território.*¹⁰⁵

O programa de saúde mental de 1987 definiu sua atuação nos princípios de regionalização e hierarquização de serviços, princípios defendidos na I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no mesmo ano, evento que abriu importante espaço de discussão e definição de políticas referentes ao tratamento da saúde mental, com a

¹⁰⁴ Ibidem. p.42.

¹⁰⁵ TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. In: **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, vol.9(1): 25-59, jan/abril. 2002.p.32.

participação de profissionais de saúde mental, usuários e familiares. As diretrizes e ações deste programa são definidas em seu programa da seguinte forma:

- Ser predominantemente ambulatorial;*
- Ser executado por uma equipe interdisciplinar;*
- Incluir-se numa estratégia de atenção primária à saúde, ou seja, ser regionalizado de forma que o problema mental, sempre que possível, seja atendido na própria comunidade e utilizados os recursos desta;*
- Promover ações de prevenção e promoção de Saúde, impedindo a criação de falsas demandas e evitando que os casos ou problemas sociais sejam injustamente rotulados como doença mental;*
- Utilizar a internação e medicação como últimos recursos;*
- Promover a integração e hierarquização da rede de serviços.*¹⁰⁶

As diretrizes do Plano de Saúde Mental de Uberlândia estavam em sintonia com as discussões a nível nacional, cujos parâmetros visavam principalmente à descentralização do tratamento em hospitais, primando pelo atendimento ambulatorial, assim como o trabalho multiprofissional e proposta de tratamento regionalizado e hierarquizado, premissas apontadas na I Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em 1987.

O ano de 1987 será datado como importante principalmente pela elaboração de um programa referente à Saúde Mental que propõe o atendimento psiquiátrico fora do ambiente hospitalar, passando para um sistema ambulatorial municipal. A partir desta iniciativa, várias ações foram implantadas no sentido de ampliar o serviço no âmbito da saúde mental no município, vinculadas às discussões a nível nacional, como é o caso das diretrizes do movimento de reforma psiquiátrica.

Contudo, já existiam medidas implantadas pela Prefeitura Municipal para a estruturação do serviço de atendimento psiquiátrico antes do Plano de Saúde Mental de 1987. Assim em 1984, existiam tentativas de ampliação do atendimento no âmbito municipal. Em reportagem com Luciana Giffoni¹⁰⁷, uma das idealizadoras do Programa de Saúde Mental de 1987, já aponta este aspecto:

¹⁰⁶ **PROGRAMA de Saúde da administração Zaire Rezende. Democracia Participativa.** p. 46-47.

¹⁰⁷ Conferir Anexo III.

*Para a psicóloga Luciana Giffoni de Albuquerque, uma das pioneiras dentro do programa de Saúde Mental em Uberlândia, trabalhando no posto de saúde do bairro Roosevelt, “isso é uma inovação, pois até então inexistia um trabalho deste tipo voltado à comunidade”. O objetivo do programa, segundo ela, é tentar uma mudança com relação ao que seja saúde mental.*¹⁰⁸

Em 1989 houve a criação do Ambulatório de Saúde Mental, referência para os casos mais graves e por reivindicação dos psicólogos foram contratados um psiquiatra e uma assistente social, configurando uma equipe mínima multiprofissional. No entanto, neste ambulatório atendia-se apenas os pacientes mais graves e, segundo Marisa Alves dos Santos¹⁰⁹, coordenadora do Setor de Saúde Mental de 2000 a 2003, havia uma rede de atendimento em que Ambulatório de Saúde Mental atendia os casos crônicos e a rede estruturada nas UBS (Unidades Básicas de Saúde)¹¹⁰ e também nas UAIS (Unidade de Assistência Integrada)¹¹¹, atendiam os casos mais simples, além das internações que eram realizadas pelo Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. Em 1991 foi criado o Ambulatório Infantil de Saúde Mental, com duas psicólogas e uma fonoaudióloga, que também atendiam os casos graves, recebendo crianças autistas e psicóticas.

Em 1994 em Uberlândia houve a inauguração de três UAIS. Montou-se em cada UAI uma equipe mínima multiprofissional. A demanda de pacientes graves continuava a crescer, e o número de internações encaminhadas para outras cidades era bastante expressivo, chegando a ser o maior gasto financeiro com viagens e ambulância sem um acompanhamento sistemático e adequado. Após a alta da internação, as reincidências eram constantes, criando um círculo de internações/reinternações difícil de romper.¹¹²

¹⁰⁸ **JORNAL PRIMEIRA HORA.** Uberlândia. 14/11/1984.

¹⁰⁹ SANTOS, Marisa Alves. **Depoimento.** 2005. Psicóloga, foi coordenadora do Setor de Saúde Mental, durante os anos de 2001 a 2003.

¹¹⁰ UBS: São unidades que prestam serviço de atenção Básica em saúde à população vizinha à sua localização. In: **Projeto Nacional VER – SUS.** Uberlândia. Secretaria Municipal de Saúde/Prefeitura de Uberlândia. 20/08 a 03/09/2004. p.12.

¹¹¹ UAI: É uma unidade de assistência chamada integrada, pois nela se juntam três tipos de atendimento diferentes: atenção básica, emergência, e especialidades. In: **Projeto VER-SUS.** op.cit.p.12.

¹¹² SANTOS, Marisa Alves. op. cit.

Em 1995/1996 foi formado um grupo com representantes das diversas instituições de Saúde Mental (Secretária Municipal de Saúde, UFU, Clínica Jesus de Nazaré) para se realizar um diagnóstico da situação da cidade. Em Uberlândia, a partir de 1997, elaborou-se o Plano Diretor de Saúde Mental contemplando as diretrizes do Ministério da Saúde, a partir deste projeto realizou-se a capacitação de toda a equipe através do Fórum Mineiro de Saúde Mental. Passou-se a dar prioridade aos pacientes psicóticos e neuróticos graves.¹¹³

Em 1999, como um aprimoramento do ambulatório, são implantados os Centros de Convivência, que trazem em seu bojo a proposta de trabalhar com o paciente de forma ampla, promovendo sua socialização e também reinserção social. Estes espaços se localizavam nos Distritos Norte, Sul e Oeste da cidade e promoviam projetos de reabilitação e reinserção social, bem como atividades voltadas para a promoção da Saúde Mental.

Os Centros de Convivência serão os primeiros espaços de tratamento, que em um primeiro momento se localizavam em Associações de Bairro, clubes e na Fundação Maçônica. O projeto foi estruturado em 1999 e colocado em prática em setembro de 2000. Estes espaços foram patrocinados em um primeiro momento pela Fundação Maçônica, que comprou três casas, mas quem dava as diretrizes ao projeto era a Prefeitura municipal de Uberlândia. Como não foi possível contratar uma equipe para o trabalho nestes centros de convivência, organizou-se uma equipe itinerante, que atendia as UAIS e os Centros de Convivência.

Com o advento da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que ocorreu em 2001, mesmo ano de aprovação da Lei Paulo Delgado, foram organizadas assembléias para que os usuários, familiares e técnicos em saúde mental participassem do evento. Na conferência se reestruturou os CAPS, definindo qual seria seu público alvo, os pacientes graves e crônicos, já que se buscava a desativação progressiva dos manicômios. Foi

¹¹³**REFORMA PSIQUIÁTRICA. É no município que acontece.** Prefeitura de Uberlândia. Secretaria de Saúde. op.cit.p.6

enviado o Projeto dos Centros de Convivência para a III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001), inclusive sendo premiado com o prêmio Davi Capistrano, entre os dez melhores projetos enviados de atendimento psiquiátrico em serviços substitutivos.

A participação de Uberlândia nestes eventos, com a tiragem de representantes e delegados (entre eles um usuário) contou em sua organização com a realização de reuniões regionais e macro regionais, para a definição de propostas que seriam apresentadas na Conferência. A partir participação na III Conferência Nacional de Saúde Mental ocorreu uma mudança substancial na política de Saúde Mental no município, reestruturando os CAPS e implantando-os com a estrutura que se tem hoje.

CAPÍTULO III

CAPS: SISTEMA PÚBLICO DE ATENDIMENTO PSIQUIÁTRICO

*Corpos estendidos no chão frio de cimento. Rostos descarnados, envelhecidos, embotados. Olhares vazios. Memórias e consciências ausentes, perdidas em algum recanto obscuro da mente. Restos humanos. Apenas vestígios.*¹¹⁴

O discurso do deputado Paulo Delgado traz à tona o descaso com que são tratadas as pessoas que sofrem de transtornos mentais. Este é o cenário que remonta os hospitais psiquiátricos, lugar de descaso, onde as pessoas perdem sua cidadania e identidade. Dentro destas instituições perde-se até mesmo a humanidade.

O deputado Paulo Delgado (PT), descreve o cotidiano manicomial demonstrando o estado em que os pacientes se encontram em vários hospitais e clínicas psiquiátricas. Entretanto, a partir do debate promovido pelo movimento de reforma psiquiátrica, principalmente na década de 90, sinaliza-se propostas de tratamento alternativo que carregam em seu bojo o resgate do ser humano, buscando sua reinserção na sociedade.

Os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) se enquadram na modalidade de atendimento definido como substitutivos, alternativa ao tratamento promovido nos hospitais psiquiátricos. No Brasil, segundo dados da Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial¹¹⁵, já existem aproximadamente 500 serviços substitutivos, um número pequeno quando comparamos com os ainda 50.000 leitos psiquiátricos espalhados por todo o país.

Não obstante as importantes conquistas para o resgate da cidadania do louco, não obstante os mais de 500 serviços substitutivos já existentes no Brasil, ainda existem quase 50.000 leitos psiquiátricos. São milhares de brasileiros presos, sob o pretexto de serem tratados. Muitos estão há anos aguardando a liberdade. Outros encontraram a morte ali. Se a privação de liberdade não pode ser entendida como método de tratamento e, portanto, estas instituições já deveriam ter tido seu fim

¹¹⁴ DELGADO Paulo. op.cit. p.8.

¹¹⁵ Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial. **Direitos Humanos: uma amostra das unidades psiquiátricas brasileiras. Relatório das visitas realizadas simultaneamente na Inspeção Nacional em Unidades Psiquiátricas em 16 estados brasileiros e no Distrito Federal.** 22 de julho de 2004. p.2.

*anunciado, nada justifica a degradação e a violação dos Direitos Humanos que continuam a acontecer nos hospitais psiquiátricos.*¹¹⁶

Partiremos da experiência de Uberlândia para entendermos as novas propostas de atendimento psiquiátrico por meio de novas terapêuticas menos agressivas, objetivando a inserção do paciente na sociedade, como sua aceitação pela sociedade, atentando à diferença promovida por estas novas práticas.

Os CAPS serão nosso objeto de análise para observarmos qual a amplitude das terapêuticas propostas. Estas instituições foram implantadas no município em 2002, resultado de experiências de instituições propostas a partir de princípios da reforma psiquiátrica, herdeiras diretas dos Centros de Convivência, já discutidos no capítulo 2.

Em 2002, um ano após a aprovação da Lei 10.216, conhecida como Lei Paulo Delgado, foram implantados CAPS na cidade. Partiu-se dos princípios básicos que defendem os direitos e o respeito ao doente mental, propondo o resgate de sua cidadania, retirando-os dos manicômios.

Desta forma, propõe-se o acompanhamento da pessoa que sofre de transtorno mental (chamado de usuário do Sistema de Saúde Mental) pela família, oferecendo a possibilidade de criar laços de convivência na comunidade, em contraposição ao sistema asilar que sofre atualmente desarticulação progressiva, e garantindo tratamento mais humanizado e o menos evasivo possível. A lei regulamenta, desta maneira, os direitos dos portadores de transtorno mental:

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I – ter acesso ao melhor tratamento de sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II – ser tratada com humanidade e respeito no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar suas recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III – ser protegida contra qualquer forma de abuso ou exploração;

¹¹⁶ Ibidem. p.2.

*IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;*¹¹⁷

A lei também define as possibilidades de internação, colocando-a como último recurso a ser utilizado no tratamento psiquiátrico. Quando não há outra alternativa a não ser a internação, esta é rigidamente pautada nos requisitos propostos pela lei:

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

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicólogos, ocupacionais, de lazer, e outros.

*§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.*¹¹⁸

O projeto de lei que regulamenta a desarticulação do sistema asilar tramitou no Congresso durante doze anos e sofreu várias modificações em relação ao seu projeto inicial. Durante este período várias portarias foram implementadas, para que novas terapêuticas fossem desenvolvidas e aplicadas durante este período.

Uma dessas portarias foi a 224¹¹⁹, que estabelece o funcionamento dos CAPS, regulamenta vários setores de atendimento, bem como a estruturação da equipe de profissionais e a definição de diretrizes do atendimento ambulatorial. Estrutura também as normas para o atendimento em hospital geral e psiquiátrico, delineando serviços de urgência psiquiátrica em hospital geral, distribuição de leitos nos hospitais gerais e especializados em psiquiatria. Referente às normas para o atendimento ambulatorial averigua-se, a partir das disposições da Portaria 224, os seguintes procedimentos que devem ser seguidos:

1.1 O atendimento em saúde mental prestado em nível ambulatorial compreende um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas nas unidades básicas/centro de saúde e/ou ambulatorios especializados, ligados ou não a policlínicas, unidades mistas ou hospitais.

¹¹⁷ Lei 10.216. 06 /04/2001. op.cit.

¹¹⁸ Ibidem.

¹¹⁹ Portaria 224. 29/01/1992. op.cit. Conferir anexo IV.

1.2 Os critérios de hierarquização e regionalização da rede, bem como a definição da população referência de cada unidade assistencial serão estabelecidos pelo órgão gestor local.

1.3 A atenção aos pacientes nestas unidades de saúde deverá incluir as seguintes atividades desenvolvidas por equipes multiprofissionais:

- atendimento individual (consulta psicoterapia, dentre outros);*
- atendimento grupal (grupo operativo, terapêutico, atividades socioterápicas, grupos de orientação, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde);*
- visitas domiciliares por profissional de nível médio ou superior;*
- atividades comunitárias, especialmente na área de referência do serviço de saúde;*¹²⁰

O atendimento promovido pela saúde mental, predominantemente ambulatorial traz em seu bojo tratamento mais ampliado, na medida em que se coloca como intermediário entre o regime ambulatorial e a internação, diminuindo o número de internações psiquiátricas. A Portaria 224 também define a constituição de CAPS e NAPS:

2. Núcleos/ centros de atenção psicossocial (NAPS/CAPS):

*2.1 Os NAPS/CAPS são unidades de saúde locais/ regionalizadas que contam com uma população **adstrita** definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional.*

*2.2 Os NAPS/CAPS podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Atendem também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátricos ou egressos de internação hospitalar. Deverão estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental.*¹²¹

Uberlândia conta com seis unidades na modalidade de CAPS, distribuídos de forma regional, primando pela territorialização do paciente, quer dizer, atende ao paciente a partir da região da qual pertence. Esta prerrogativa parte não só da questão espacial, mas também do respeito às peculiaridades culturais e sociais de cada região. Definidos pelas regiões, também denominadas distritos sanitários, estas instituições são classificadas da seguinte forma:

¹²⁰ Ibidem.

¹²¹ Ibidem.

- CAPS Oeste – Bairro D. Zulmira
- CAPS Norte (Renascença) – Bairro Roosevelt
- CAPS Sul – Bairro Santa Mônica
- CAPS Leste-Bairro Umuarama
- CAPS da Infância e Adolescência - Bairro Aparecida
- CAPS Rede AD (Álcool e Drogas) – Bairro Santa Mônica

A cidade conta com razoável aparato referente a este tipo de assistência, uma vez que em todo o Brasil existem 500 serviços de atendimento ambulatorial. Realizando um paralelo com a cidade do Rio de Janeiro, com aproximadamente 5.600.000 habitantes, contando com dezesseis serviços na modalidade CAPS, doze de adultos e quatro infanto-juvenis ¹²², um dos municípios mais populosos do país, além de ser um dos municípios pioneiros neste tipo de tratamento. Uberlândia conta com aproximadamente 600.000 habitantes e seis instituições nestes moldes.

O atendimento nestas unidades é realizado das sete horas da manhã às dezoito horas, de segunda a sexta-feira, e sua estrutura e organização são pautadas na portaria 224. Todos os CAPS em Uberlândia atendem na modalidade intermediária entre ambulatório e hospital-dia, não promovendo internação e concentrando-se principalmente no sentido ambulatorial.

Em visita realizada aos CAPS, a partir de um programa de estágio promovido pelo Ministério da Saúde - VER-SUS¹²³ foi possível conhecermos terapêuticas desenvolvidas na instituição, assim como apreender um pouco de seu cotidiano. Nesta visita foi apresentada a estrutura e constituição do atendimento em saúde mental por estas instituições, que são unidades ambulatoriais de tratamento de pacientes graves. Os casos mais simples são atendidos na rede municipal, via Unidade Básica de Saúde (UBS) ou pelas Unidades de

¹²² TENÓRIO, Fernando. op.cit.

¹²³ **Projeto Nacional VER-SUS**. Uberlândia. Secretaria Municipal de Saúde/Prefeitura de Uberlândia. 20/08 a 03/09/2004. Estágio promovido pelo Ministério da Saúde em parceria com prefeituras e também Universidades em todo o Brasil. Este programa é direcionado a estudantes das áreas de saúde e promove estágios de vivência nas diversas unidades de atendimento do SUS, visando a aproximação do aluno com a realidade da saúde pública.

Atendimento Integrado (UAI). A partir do diagnóstico realizado nestas unidades de atendimento básico, se for comprovado o caráter crônico da doença mental o paciente é encaminhado ao CAPS.

Os CAPS credenciados pelos SUS são aqueles estruturados segundo critérios da portaria 224 e também 336¹²⁴, pautadas em diretrizes do Ministério da Saúde que repassa verbas federais aos municípios. Em Uberlândia, esta verba do SUS é repassada pela Prefeitura Municipal a todos os CAPS, entretanto as únicas unidades de tratamento credenciadas são os CAPS Renascer e CAPS Infantil.

Estas instituições oferecem diversas modalidades de tratamento, como acolhimento diário, consulta com equipe multiprofissional, psicoterapia em grupo e individual, oficinas terapêuticas, busca ativa, atendimento medicamentoso, entre outros. Atende majoritariamente distúrbios mentais mais graves, acolhendo pacientes psicóticos e neuróticos graves. Nestas instituições, busca-se o envolvimento do paciente em diversas atividades promovidas pelas oficinas terapêuticas como trabalhos manuais, dança, coral, poesia, entre outros.

O acolhimento diário é o primeiro contato do paciente com a instituição, que pode ser encaminhado pelo SUS, ou por algum Hospital Psiquiátrico que promove internações. Existem casos em que o paciente procura diretamente o CAPS, sendo desta forma realizado o diagnóstico do paciente, definindo-se qual será a modalidade de atendimento para seu quadro: intensivo, semi-intensivo e não intensivo, conforme definição da portaria 224:

Define-se como atendimento intensivo aquele destinado a pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário/ semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS /não intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma freqüência menor.¹²⁵

¹²⁴ Conferir Anexo V

¹²⁵ Portaria 224. op.cit.

Segundo Marisa Alves dos Santos,¹²⁶ o tratamento oferecido pelos CAPS tem como meta a ampliação do ser humano e sua inserção na sociedade. Muitas vezes, no tratamento referente à modalidade não - intensiva não são receitados grande quantidade de remédios, apenas aqueles para dormir.

O serviço de ambulatório presente nas UAIS (que tem a prerrogativa de permanência de no mínimo um psicólogo por turno), atende a questões mais leves, e quando surge um caso que requer mais cuidado, o paciente é encaminhado para os CAPS, ou se estiver com uma crise é encaminhado ao Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, sendo internado com prazo determinado de no máximo 45 dias, com cobertura do SUS.

Descentralizando e distribuindo as especificidades de tratamento a partir da gravidade do caso, promovendo o cuidado básico em unidades ambulatoriais, junto com todas as outras especialidades médicas, em unidades como as UAIs, pode-se tratar pequenos problemas e casos mais simples de forma rápida, diminuindo o número de pacientes em instituições que tratam casos mais graves, assim como evita a longa permanência de pacientes em instituições psiquiátricas, livrando-o do ambiente hospitalar

Vários espaços de discussão sobre a questão da saúde mental foram criados para se pensar novas terapêuticas, assim como trocar experiências desenvolvidas em instituições e serviços substitutivos. Um desses espaços, que promove discussões a nível estadual é o Fórum Mineiro de Saúde Mental, organizado em Belo Horizonte, que promove desde a década de 90 discussões e debates referente à questão da saúde mental, assim como oferece capacitação de profissionais de saúde, principalmente do setor de atendimento público.

A conscientização dos profissionais do setor de saúde mental da cidade possibilitou a mudança no atendimento oferecido aos pacientes considerados mais graves, a partir do ano de 1998, principalmente a partir do contato com o Fórum Mineiro de Saúde Mental,

¹²⁶ SANTOS, Marisa Alves dos Santos. op.cit.

núcleo de estudo e de elaboração de políticas referentes ao tratamento psiquiátrico, ligados à luta antimanicomial.

Uma das grandes dificuldades para a implantação do projeto de atendimento ao doente mental grave é a falta de preparação de profissionais, que muitas vezes não recebem capacitação necessária em seus cursos para atender este público, inclusive nos cursos universitários. Desta forma, sua capacitação deve ficar a cargo da instituição na qual irá prestar serviço. Segundo Marisa, os psicólogos, que são grande maioria dos profissionais que compõe a equipe multiprofissional, são formados visando prioritariamente o atendimento particular em consultório, atendendo casos mais leves. Em seu relato, podemos notar que:

*Os profissionais que se formam principalmente em Uberlândia, se formam para atender no consultório particular, que é o neurótico mesmo, psicoterapia. Eu particularmente chamo psicoterapia de desenvolvimento emocional, não é nada, além disso. É o ser humano, que tá tocando a vida dele e, todos nós temos nossas patologias e que num dado momento a gente precisa tá cuidando, melhorando. Então a gente sempre é mais preparado para isso, não para cuidar do louco, pra intervir na loucura.*¹²⁷

Em Uberlândia, a clínica que fornecia internação com grande número de vagas era o Sanatório Espírita de Uberlândia, que tinha capacidade de atender até 90 pacientes. Esta instituição foi fechada em meados dos anos 80, por não se adequar às normas prescritas pelo Ministério da Saúde.

Atualmente, Uberlândia possui duas instituições que promovem internações psiquiátricas, o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia que possui 40 leitos¹²⁸, e possui uma ala específica para tratamento psiquiátrico e a Clínica Jesus de Nazaré, instituição beneficente, que possui 30 leitos. As internações promovidas nas duas instituições são financiadas por um convênio com o SUS (Sistema Único de Saúde), que cobre internações apenas em casos de crise e por um período máximo de 45 dias. Em relação a várias outras cidades, Uberlândia possui leitos bem abaixo do limite proposto pelo

¹²⁷ SANTOS, Marisa Aves. op.cit.

¹²⁸ JORNAL DA UFU. op.cit.

Ministério da Saúde, que perpassa o número de 160 leitos. Quando se torna necessário a internação, a prescrição de emergência pode ser realizada apenas com a presença do médico psiquiatra e deve ser assinado o termo de responsabilidade por um membro da família ou responsável pelo paciente.

Este tipo de medida que determina o tempo de internamento do paciente, assim como limita o pagamento do tratamento realizado pelo SUS, visa evitar longas internações, prática comum desde a abertura de manicômios no país, que mantinha pacientes internados por anos, sem atendimento adequado e sendo patrocinado por verba pública, principalmente a partir do regime de previdência social, que teve seu auge nos anos da ditadura militar, criando verdadeiros “empresários da loucura” neste período.

A Clínica Jesus de Nazaré configura-se em uma instituição filantrópica, gerida por um grupo espírita denominado Juventude Espírita Cristã. Esta instituição apresenta características de serviços substitutivos oferecendo serviço ambulatorial, trabalhos de psicoterapia em grupo e também individual. São ministradas oficinas terapêuticas junto aos pacientes com a produção de vários trabalhos manuais, assim como também atividades como canto, dança e atividades esportivas.

Para visualizarmos qual o grau de abrangência de aplicação destas leis, a visita realizada nos CAPS foi primordial para entendermos o funcionamento da instituição e a formação de seu corpo profissional. As visitas realizadas ao CAPS Renascer (Roosevelt) e ao CAPS Sul (Santa Mônica), foram fundamentais para compreensão de várias questões pertinentes à nossa análise. A principal demanda de atendimento dos CAPS concentra-se no atendimento à pacientes psicóticos, tratando diversos casos clínicos graves, principalmente pacientes esquizofrênicos, neuróticos e psicóticos.

Houve o contato com a equipe profissional, principalmente com psicólogas e assistentes sociais da instituição, momento em que foi possível apreender o cotidiano e o funcionamento destas unidades de tratamento. A equipe dos CAPS se constitui de forma multiprofissional, tendo em seu quadro psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes

sociais, segundo regulamenta a portaria 224. Além de que todas as UAIS têm necessariamente psicólogos e psiquiatras, sendo a UAI uma das portas de entrada do tratamento psiquiátrico em Uberlândia.

Com a diversificação da equipe de atendimento da instituição, que compreende profissionais com formações múltiplas e que entendem a doença a partir de diferentes campos de saber, o diagnóstico e tratamento se tornam mais amplos e descentraliza-se a decisão do tratamento ministrado da esfera do médico psiquiatra.

A equipe técnica mínima para o funcionamento dos CAPS constitui-se de um médico (formação em saúde mental), um enfermeiro, três profissionais de nível superior (Psicólogo, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Pedagogo, entre outros) quatro profissionais de nível médio (ou técnico), auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional ou artesão.¹²⁹

Os CAPS têm uma rotina com cronograma de atividades, que se constituem basicamente em acolhimento diário, oficinas e grupos terapêuticos, acompanhamento psicológico individual e em grupo. O acolhimento é realizado todos os dias com a recepção a novos pacientes, que são atendidos pelo psiquiatra do CAPS, ou se este estiver ausente, com o psicólogo. É realizado seu diagnóstico, via prontuário médico e depois se avalia como será o seu tratamento.

Todavia, nem todos os pacientes encaminhados pelas diversas instâncias de atendimento de saúde, como UAIs e UBS procuram os serviços da instituição, havendo desta forma, o sistema de busca ativa, promovido pela instituição, que se constitui na troca de informações e a interligação de informações com as várias UAIS, para que possa haver o controle dos pacientes e moradores da região que necessitem de tratamento. A partir deste sistema de informação os funcionários dos CAPS vão até a casa de pessoas com necessidade de tratamento psiquiátrico e os encaminham às unidades de tratamento.

¹²⁹ Portaria 224. op.cit.

Esta é uma das ações que abrangem pessoas que sofrem transtornos mentais diversos e não dispõe de recursos financeiros para ser tratado. Também se constitui em um mecanismo claro de controle das pessoas que sofrem de transtorno mental, já que uma vez não comparecendo ao serviço encaminhado por outra instância de tratamento de saúde, a pessoa é abordada em sua casa por algum profissional de saúde. Podemos apreender uma forma de controle exercida pela instituição sobre o paciente que sofre transtorno mental, contudo bem menos agressivo, mais sutil, mas que promove o mapeamento das pessoas que sofrem de transtorno mental, buscando trazê-las ao tratamento institucional.

Os CAPS fornecem trabalho de psicoterapia em grupo (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras), que consistem em seções de terapia em grupos, que abordam vários problemas pertinentes a um grupo de pacientes. Esta terapêutica também pode ser utilizada com a família do paciente. Existe o trabalho realizado com a família, que estabelece maior grau de interação paciente/família, promovendo de forma mais contundente o esclarecimento sobre a doença mental, discutindo e informando sobre a doença e a melhor forma de tratá-la.

O tratamento dá ênfase a inserção do paciente em um grupo, discutindo seu problema a partir de um contexto social e cultural, trabalhando-o de forma mais ampla, envolvendo os vários personagens que o cercam, como a família, amigos, profissionais e outros pacientes da instituição. O atendimento realizado em oficinas terapêuticas é ministrado por profissionais de nível superior ou médio, havendo visitas domiciliares, atendimento à família, busca ativa, atividades comunitárias que enfocam a integração do paciente à comunidade e sua inserção familiar e social. Os pacientes assistidos em um turno (04 horas) recebem uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) recebem duas refeições diárias.

Os CAPS também trabalham com o atendimento individualizado (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros), principalmente no acompanhamento psicológico junto ao pacientes, mapeando o desenvolvimento de sua doença e os avanços promovidos pela terapêutica. A medicação é ministrada dentro da instituição, evitando que pacientes

que estão na fase de tratamento intensivo permaneçam com a medicação, o que pode gerar acidentes, como a ingestão em um momento de crise de toda a medicação, causando sérios danos à saúde. Neste ponto também podemos apontar a dependência que esta prática promove, na medida em que o paciente não tem acesso ao remédio, tendo necessariamente que ir constantemente à clínica para poder ser medicado.

Os CAPS funcionam em casas, estruturadas de forma independente a qualquer unidade de saúde, e possuem ambulatorios, para atender aos pacientes e fornecer a medicação necessária ao atendimento diário. São casas amplas, arejadas, com espaços diferenciados, para terapias em grupo, inclusive com cozinhas que fornecem alimentação aos pacientes que permanecem por mais de um período na instituição. A estrutura independente de qualquer unidade hospitalar, também é prevista pela portaria 336:

*Art. 3º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar.*¹³⁰

Em relato de psiquiatras que nos acompanharam em visita realizada ao CAPS Norte (Renascer), percebemos que o deslocamento dos CAPS para casas isoladas de UAIs proporcionou a melhora no atendimento, principalmente pelo fato de trabalhar com os pacientes em num ambiente amplo, desvinculado do espaço hospitalar, promovendo maior interação entre corpo profissional e pacientes.

Nas unidades dos CAPS o principal diferencial de tratamento se refere ao “vínculo” que se busca estabelecer entre paciente/equipe multiprofissional, para que haja a ampliação na relação do paciente com o psiquiatra, o psicólogo e o assistente social, ampliando desta forma o conhecimento da doença que aflige o paciente e qual o melhor tratamento a ser ministrado.

Com a implantação do hospital-dia, o paciente passa períodos do dia em atividades promovidas pelos CAPS, retornando à sua casa ao final deste período. Este paciente vai se

¹³⁰ Portaria 336. op.cit

deparar com situações cotidianas, como, por exemplo, chegar ao CAPS, traçar um caminho para chegar ao seu destino, resolver qual o melhor trajeto, pegar um ônibus, e depois retornar à sua casa. Começa a tomar decisões e fazer escolhas, criando de alguma forma certa independência em suas atitudes.

Quando o médico tem um maior conhecimento do histórico do paciente, não apenas no período imediatamente anterior a crise, mas por meio da relação cotidiana estabelecida, torna-se possível o conhecimento maior da doença e as terapêuticas desenvolvidas junto ao paciente pode ter mais efeito. Os CAPS propõem o envolvimento de todos os profissionais com os pacientes, criando confiança e referência, descentralizando o tratamento da figura do médico.

São realizadas reuniões da equipe profissional dos CAPS, criando momentos de discussão e levantamento das dificuldades na convivência e dos avanços das terapêuticas. Uma das grandes preocupações destes profissionais em relação aos pacientes consiste na tentativa de suicídio, presente entre pacientes, ou mesmo situações que coloquem em risco a vida de outras pessoas, que podem advir em momentos de crise.

Nestas instituições, busca-se o envolvimento do paciente em diversas atividades como trabalhos manuais, dança, coral, poesia, entre outros. Estas propostas de tratamento têm como objetivo primeiro tirar o paciente do ócio maçante, prática freqüente de instituições manicomiais que têm como consequência a cronificação da doença causada pela própria instituição.

Realizando atividades durante a estadia na instituição o paciente toma consciência de sua capacidade intelectual e de produção de significado, assim como o sentimento de capacidade de produção, muitas vezes direcionada a trabalhos manuais, que num primeiro momento buscam o envolvimento do paciente, podendo a partir da habilidade de cada um se tornar um pequeno ofício, que auxilia o paciente como terapia e também como geração de renda complementar.

Algumas atividades manuais ligadas ao artesanato são desenvolvidas na instituição como o bordado, crochê, o trabalho em bijuterias, a tapeçaria e várias outras promovidas pelas oficinas terapêuticas, tornando-se uma possibilidade de renda ao paciente, que aprende as técnicas com os instrutores, podendo produzir peças para serem vendidas.

Pela falta de recursos para este tipo de atividade terapêutica, muitas vezes as peças produzidas são vendidas aos funcionários da instituição ou em pequenos bazares, para que a venda destes trabalhos seja utilizada para a compra de mais material para a manutenção destas atividades, criando a necessidade da constante reposição do que é produzido pelos pacientes. A partir da lógica do trabalho desenvolvido, percebemos que este tipo de atividade apresenta dificuldades para se manter, se sustentando pela venda das peças produzidas nos bazares e feiras promovidas pela instituição.

Os tratamentos substitutivos trabalham na lógica de oferecer ao paciente o máximo de atividades no ambiente da clínica, colocando como primordial o desenvolvimento de atividades lúdicas, assim como habilidades manuais, promovendo desta forma, a interação dos pacientes em atividades como canto, música e dança. Esta modalidade de terapêutica desenvolve a integração dos pacientes, com o resgate da auto-estima a partir da capacidade produtiva e criatividade, de sua subjetividade e da capacidade intelectual.

Outra atividade que desenvolve a capacidade intelectual assim como promove a discussão sobre a doença mental e a luta antimanicomial refere-se ao informativo desenvolvido pelo CAPS Sul¹³¹ (Bairro Santa Mônica) que apresenta o cotidiano, as atividades desenvolvidas pela instituição, inclusive havendo matérias escritas pelos próprios pacientes.

Neste informativo encontramos reportagens, receitas culinárias, recadinhos, poesias, entre outros. Assim como se torna um mecanismo de desenvolvimento da subjetividade do paciente, não apenas no momento em que está escrevendo e experimentando sua

¹³¹ **NOTÍCIAS do CAPS Sul.** Informativo do Centro de Atenção Psicossocial do Distrito Sanitário Sul. Uberlândia. nº 6. Maio/Junho, 2004. Para melhor visualização consultar ANEXO VI.

capacidade intelectual e criativa, mas pela possibilidade da família, amigos e o público em geral ter acesso a sua produção, colocando-se como um mecanismo de inserção deste paciente em um projeto coletivo que se constitui na concepção do jornal, assim como na difusão destas informações a outras pessoas que nem o conhecem.

Podemos defini-lo também como meio de legitimação da luta antimanicomial e das práticas desenvolvidas por estas instituições que apresentam o formato de serviços substitutivos, apresentando manifestações, congressos, atividades de formação da equipe profissional e também a constituição e as mudanças na organização destas instituições. Como podemos observar, a temática da reforma psiquiátrica se apresenta nestes informativos e coloca os CAPS como alternativos de tratamento psiquiátrico.

*O CAPS dá a chance de nos valorizarmos, recebermos respeito, liberdade de ir e vir, não significando uma prisão e sim uma possibilidade de integração à sociedade. Junto à luta antimanicomial, é a nossa força para melhorar e temos certeza de que vamos conseguir acabar com todos os preconceitos.*¹³²

A luta antimanicomial pode ser entendida, partindo de seu movimento, com uma abrangência bem mais ampla do que a desestruturação do sistema asilar, na medida em que se propõe a superar o grande preconceito ainda existente em relação à doença mental, estigma de desrazão e incapacidade que foi forjada por anos, a inclusão destes personagens realmente na sociedade em todos os aspectos, social, político, econômico e cultural. Este aspecto é levantado no informativo, que é veículo de disseminação da luta antimanicomial na cidade:

*Esta luta não é somente contra a internação, ela engloba tudo, a luta é também contra o preconceito. Devemos lembrar que todos os dias são de luta, e essa luta é nossa, devendo vir de dentro para fora.*¹³³

O jornal também apresenta uma coluna em que são deixados pelos pacientes recados de incentivo aos companheiros de instituição, bem como profissionais discutem problemas que perpassam o cotidiano do paciente. Quando o paciente deixa seu recado

¹³² NOTÍCIAS do CAPS Sul. op.cit. p.1.

¹³³ Idem. p.1

promove o contato com outros grupos que terão acesso a esse jornal, assim como dialoga, expõe suas idéias, suas experiências e até mesmo aponta caminhos para situações conflituosas. Notamos que a pessoa passa por conflitos e até confusão nas escolhas que faz. Contudo, traz em seu relato a fluidez dos acontecimentos que permeiam sua vida, apontando que se deve continuar a enfrentar os problemas, contando com os amigos, buscando apoio e compreensão. Uma paciente apresenta sua experiência e como conseguiu contornar seus problemas:

Tenha fé

Sem nenhuma surpresa, sem nenhuma crise, minha vida apenas continua. Está tudo bem, mas não tão bem, e eu querendo estar pronta para me dar outra chance. Pronta para arriscar e recomeçar outra vez. Ando vivendo muito sem razão. Vivo o que tenho até tomar uma decisão. Mas a certeza que temos que ter é que, haja o que houver, teremos sempre uma ajuda. Agora mesmo olhe ao seu redor, estamos cercados de amigos. Para todos os problemas há sempre uma solução não importa qual seja. Tenha fé! Somos todos iguais. Somos felizes. Acreditamos no amanhã.
(Rose)¹³⁴

No dia 18 de maio, definido como o Dia de luta antimanicomial, as várias instituições que oferecem tratamento pautado nos princípios da reforma psiquiátrica promovem nas ruas e praças da cidade a discussão da saúde mental, suas práticas, reivindicações, o repúdio ao sistema asilar. Pacientes psiquiátricos (usuários do serviço de saúde mental), familiares, profissionais da área da saúde e pessoas que levantam a discussão a esse respeito, vão para as ruas e promovem o debate e a interação deste grupo com a sociedade.

Em Uberlândia, as instituições que oferecem este tipo de tratamento vão às ruas com seus pacientes, promovendo várias atividades, apresentando trabalhos desenvolvidos durante o ano, mostrando à sociedade que a doença mental caracteriza-se em uma patologia passível de tratamento e controle, e desta forma o paciente pode ter uma vida comum, independente de sua enfermidade. Este espaço aberto nas praças leva à população a reflexão sobre a temática, além de promover momentos de socialização entre pacientes, familiares e a sociedade com um todo. As fotos reproduzidas apresentam trabalhos e

¹³⁴ Ibidem. p.2

desenvolvidos nas instituições como trabalhos manuais, pinturas, desenhos que são expostos em feiras apresentando cada instituição.



Foto de trabalhos realizados em Oficinas Terapêuticas nos CAPS. Dia 18 de maio de 2003.

Na foto acima podemos visualizar a exposição dos trabalhos realizados em oficinas terapêuticas pelos pacientes dos CAPS. Nos dias de manifestação pela luta antimanicomial várias são as manifestações artísticas e mobilizações promovidas pelos pacientes de instituições com terapêuticas diferenciadas, como o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, a Clínica Jesus de Nazaré, assim como os vários CAPS distribuídos pela cidade.

Perceber-se que as manifestações promovidas neste dia promovem o debate, levando o paciente para a rua apresentando seu trabalho, sua capacidade de produzir arte, poesia, dança. Entretanto, este espaço é reivindicado também por não ser possível que ele esteja na rua, no trabalho, nas escolas todo o tempo, promovendo o debate e a discussão. A luta antimanicomial também aponta a necessidade destes pacientes ocuparem outros

espaços. A manifestação em praça pública promove o debate e atenta à necessidade de nos voltarmos a esta discussão. Contudo, o paciente usufrui deste espaço de debate apenas em determinados momentos. Ao final da manifestação ele volta para sua unidade de tratamento, e muitas vezes ainda não consegue intervir de forma ativa na realidade em que vive.



Foto de pacientes e curiosos no Dia de luta Antimanicomial – Dia 18 de maio de 2003.

Na foto acima, podemos notar a interação entre pacientes e transeuntes que por ali passavam e se interessavam pelas manifestações realizadas na Praça Tubal Vilela, entretanto ainda existe o dia determinado para que o doente mental apresente seus problemas, os avanços conquistados no tratamento psiquiátrico, apresente os trabalhos que desenvolve em suas instituições, assim como promove o diálogo com a população. Ainda podemos perceber que existe muito preconceito em relação ao doente mental, não existindo programas consistentes de conscientização que discutam suas causas e quais as terapêuticas oferecidas a este paciente. Torna-se necessário a ampliação da discussão nos vários meios

comunicação, assim como levá-la a vários lugares, como escolas, sindicatos, associações de bairro, entre outros, para que seja possível acabar com o estigma que paira sobre as pessoas que sofrem de transtorno mental. Contudo, percebemos que a população ainda apresenta muita resistência e preconceito com o doente mental.

Notamos que na maioria das internações psiquiátricas que eram realizadas, a própria família sentia a necessidade do enclausuramento do doente mental, muitas vezes por não saber lidar com a situação, não ter o esclarecimento das causas e do por que do comportamento diferenciado do enfermo em momentos de crise, ou até mesmo por receio de manter um “louco” em casa, em convívio com as pessoas “normais”, internando-os por anos em instituições asilares.

Mesmo em tempos mais recentes, notamos que a falta de informação a respeito da doença mental leva muitas vezes aos maus tratos, a internação em instituições psiquiátricas, a práticas como o enclausuramento nos fundos de casa e outros tipos de “soluções” para resolver a situação. Desta forma, se coloca a necessidade de amplas campanhas para a conscientização da sociedade em geral de que a doença mental deve ser tratada de forma adequada, visando principalmente evitar estes métodos de controle e cuidado.

Observa-se hoje a busca por formas de tratamento que ampliem a participação do doente mental em atividades que visem o desenvolvimento e envolvimento social. Quando abre-se outros espaços para o paciente que sofre de transtornos mentais, existe a possibilidade de travar relações com outros sujeitos que não são apenas pacientes e técnicos da instituição que oferecem o acompanhamento psiquiátrico. A ocupação de outros espaços por estes personagens, com todas as problemáticas apresentadas, mesmo que de forma esporádica já é um grande avanço, se nos voltarmos à prática de enclausuramento em manicômios, em que eram relegados à sua própria sorte, cerceado em sua subjetividade, impossibilitado de entrar em contato com o mundo.

Contudo, o tratamento que não promove internação (oferecido nas unidades dos CAPS), tem dificuldade do controle da frequência do paciente, uma vez que estas unidades

contam com equipe reduzida para promoção do monitoramento do paciente, sendo constante a necessidade de busca do paciente que interrompe o tratamento por motivos diversos, assim como o acompanhamento da família pelos profissionais da instituição para que possa haver a interação família/paciente e esta promova juntamente com a instituição o acompanhamento adequado.

A falta de informação e de programas de conscientização massiva promove ainda o desconhecimento de suas causas, assim como o desconhecimento de sintomas e atitudes dos pacientes psiquiátricos, claramente observado pela permanência do preconceito, pela estranheza e também receio da população, quando em contato com o doente mental. Um doente mental que transita pelas ruas, que comumente utiliza transporte coletivo, vendendo pequenos objetos em terminais rodoviários, bem como seus trabalhos, suas poesias, uma vez que dificilmente consegue ingressar no mercado de trabalho formal, muitas vezes é recebido com receio, ou mesmo com indiferença.

No mundo capitalista em que vivemos o mercado de trabalho exige que o profissional tenha capacitação e seja especializado na área que atua, com alto grau de competitividade e altíssima taxa de desemprego, afetando também o doente mental que dificilmente consegue se inserir no mercado de trabalho, atuando no mercado de trabalho informal, ou o que é pior, transita pelas ruas da cidade e pelos abrigos sem rumo, sem a mínima assistência.

As atividades desenvolvidas nestas instituições, promovidas pelas Oficinas Terapêuticas ensinam técnicas de produção de trabalhos manuais, que podem ser uma alternativa de renda, como o desenvolvimento do artesanato. Contudo, são apenas alternativas paliativas para resolver o problema da geração de renda para o sustento do paciente, devendo ser melhor estruturados programas de assistência ao paciente, ou mesmo organização de cooperativas, geração de créditos especiais, para a assistência ao doente mental.

Toda a discussão que tange a desinstitucionalização dos asilos e a implantação dos serviços substitutivos vão de encontro à necessidade de desenvolver uma estrutura complexa de amparo a este doente mental, promovendo a conscientização da família a respeito da doença, a promoção de espaços para abrigar e acolher pacientes vindos de internações de grande período.

Já existem projetos como as Residências Terapêuticas, programa implantado pelo Ministério da Saúde regulamentado pela portaria 106¹³⁵ que estabelece que na medida em que são desativados leitos psiquiátricos, torna-se necessário a organização de moradias para acolher estes pacientes, principalmente aqueles que advêm de longas internações. Este programa é direcionado a grandes manicômios, promovendo sua desarticulação progressiva, conjuntamente ao amparo dos pacientes que receberam alta.

Entretanto, como esta medida privilegia o grande hospital psiquiátrico, desta forma, os locais que possuem leitos abaixo do número definido como mínimo não são atendidos por estes programas, como é o caso da cidade de Uberlândia, que sempre apresentou falta de leitos no tratamento psiquiátrico. Desta forma, a assistência aos pacientes de serviços substitutivos fica a cargo da família, e quando não há parentes, fato que se apresenta na maioria dos casos de longa internação, as instituições procuram de forma independente vaga em algum abrigo, e quando não há esta preocupação com o paciente fica entregue a albergues, asilos ou mesmo à própria sorte.

Uberlândia está abaixo do número de leitos psiquiátricos definidos pelo Ministério da Saúde, contando com 40 leitos no Hospital das Clínicas da UFU e 30 leitos na Clínica Jesus de Nazaré, não sendo beneficiada pelo programa de Residência Terapêutica. A partir dessa discussão percebemos que a desarticulação do sistema asilar brasileiro está emerso em uma realidade complexa, necessitando da desestruturação de asilos concomitante à assistência ao doente mental, criando uma rede de serviços que permita ao paciente

¹³⁵ Portaria nº 106/MS, de 11 de fevereiro de 2000, que regulamenta os serviços de Residências Terapêuticas. Conferir Anexo VII.

condições de tratamento adequado, moradia, lazer, cultura, para que seja possível sua real inserção na sociedade.

As instituições no formato de CAPS oferecem tratamento apenas um ou dois períodos do dia, dependendo da gravidade do caso e durante a semana, não oferecendo internação. Assim como não recebem verba direcionada à assistência fora do ambiente ambulatorial. Desta forma, a alternativa que a instituição oferece é o encaminhamento a albergues e abrigos para que durante o período em que não está na clínica em tratamento tenha um lugar para dormir.

O Ministério da Saúde definiu a desativação de leitos psiquiátricos estabelecendo um teto máximo de 160 leitos, e o restante dos leitos devem ser desativados progressivamente, regulamentado pela portaria 251¹³⁶. Os grandes hospitais psiquiátricos devem agrupar os leitos em módulos, de acordo com a portaria, seguindo critérios pautados em sua estrutura física, desativando-os de forma progressiva.

A problemática do tratamento ao doente mental perpassa vários campos de atendimento, em que o tratamento mais humanizado é apenas a ponta dessa grande rede de cuidados necessários para que essas pessoas possam desenvolver realmente suas potencialidades, saindo da marginalidade e sendo tratados como cidadãos de direito. Existe a necessidade de se pensar em políticas públicas de incentivo e conscientização da população que deve participar ativamente deste processo de tratamento, cuidado e respeito ao doente mental.

¹³⁶ Portaria 251. 31/01/ 2002. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define a estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. Conferir Anexo VIII.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta de analisar a temática da loucura, muito comum em outros campos de estudo, como a psicologia, a psiquiatria, é complexa e permeada de saberes, práticas e representações, apresentando ao campo da historiografia o desafio da interdisciplinaridade, dialogando com as várias áreas de saber, possibilitando o exercício de compreensão do outro para que seja possível contribuir ao debate a partir de nosso referencial teórico.

A estruturação e possibilidade do tratamento da loucura na cidade, em seus variados períodos históricos nos apontam que o estudo da realidade local está colado ao contexto nacional, com problemáticas pertinentes ao país como um todo, sendo discutidas em todos os setores, atentando-se às particularidades de cada região.

A institucionalização da loucura na cidade de Uberlândia estava atrelada ao ideal progressista e de higienização do espaço urbano, e este projeto contou com o aval de vários mecanismos de controle da população como a polícia, a religião, assim como o discurso da classe dominante que exaltava a construção deste asilo, que abrigaria os loucos da cidade, retirando-o do espaço público. Neste primeiro momento, a loucura era enclausurada como estratégia de reorganização do espaço urbano, em que o indivíduo que não era apto ao trabalho, não seguia os “ideais morais” que permeavam o imaginário social, deveria ser enclausurado, para que pudesse passar por uma reforma moral, que ficava a cargo de uma instituição de cunho assistencialista.

A discussão a respeito do enclausuramento da loucura perpassa por uma questão mais ampla que remete à reorganização e higienização da cidade, principalmente a partir das primeiras décadas do século XX, percebendo-se a preocupação dos cientistas, políticos, imprensa, aliados aos interesses de uma elite, em purificar o perímetro urbano, destruindo cortiços, disseminando a pobreza em pontos estratégicos.

Em contrapartida, a legitimação do saber médico no país, e desta forma, o reflexo desta prática em Uberlândia, com a reorganização do Sanatório Espírita e a contratação de médicos psiquiatras, classifica agora a doença mental como patologia, suscetível de tratamento. Contudo, a instituição influenciava com sua doutrina os tratamentos oferecidos, muitas vezes não autorizando médicos psiquiatras a implantar determinadas terapêuticas, também sofria grande pressão para adequação às normas determinadas pelo Ministério da Saúde, como por exemplo, infra-estrutura, equipe profissional e várias outras prerrogativas, não conseguindo se adequar e cumprir as exigências necessárias, sendo fechada na década de oitenta.

As terapêuticas referentes ao tratamento psiquiátrico, pautada na pesquisa científica sobre a loucura, torna evidente a necessidade de mudanças nas práticas e terapêuticas, e o projeto de construção do Hospital das Clínicas de Uberlândia reflete a necessidade de constituir na cidade um centro de referência em saúde, em meados da década de 60. Este projeto também prima pela modernização da urbe, veiculada a noção científica da medicina, trazendo à cidade mais um monumento ao progresso, ao desenvolvimento.

Neste sentido a necessidade de adequação e discussão das terapêuticas no entendimento da loucura, vem colocada principalmente pela discussão promovida pelo movimento de reforma psiquiátrica, que levanta a discussão sobre a reorganização do tratamento psiquiátrico, principalmente com a desinstitucionalização da loucura partiu de denúncias de diversos setores da sociedade, da imprensa e de trabalhadores de saúde sobre as condições em que viviam as pessoas nos hospitais psiquiátricos, apresentando quadros de negligência absoluta, encontrando-se pacientes internados há diversos anos, esquecidos pelo mundo nestas instituições, começa-se a pensar novas estratégias para o tratamento.

Grande parte das críticas focava o longo período de internação, mantido a partir de verbas públicas, o que tornava mais lucrativo para a instituição. Grande parte da verba destinada ao tratamento psiquiátrico era destinada a hospitais e clínicas privadas e uma pequena parcela ao serviço público. E é neste contexto que os serviços substitutivos vão ser

pensados como alternativa à internações buscando delinear terapêuticas que primem pelo indivíduo.

Tanto a proposta de terapêuticas diferenciadas, a reinserção do paciente na sociedade são projetos que estão longe de se concretizarem e suprirem a necessidade do doente mental, uma vez que sua aplicação não depende somente da desarticulação dos manicômios, mas de uma reforma nas relações com as pessoas, que acabe com o preconceito e o estigma que o doente mental ainda carrega. Assim como a assistência ao doente mental deve ser pensada de forma mais ampla, inclusive a partir de formas de assistência a este paciente que sejam mais consistentes, para que este possa ter a mínima infra-estrutura para que realmente possa desenvolver suas potencialidades e realizar seu tratamento de forma segura e tranqüila.

A constituição do CAPS se apresenta como uma alternativa de tratamento, mas que não dá conta da complexidade que envolve o tratamento psiquiátrico, como a real inserção na sociedade, possibilidade de reorganização da vida familiar, possibilidade de inserção no mercado de trabalho. Desta forma, a reforma psiquiátrica envolve toda a sociedade na busca pelos direitos de pessoas que por muitos anos não tiveram voz e não foi pensada como cidadão de direito, a ele só era destinado o enclausuramento e esquecimento.

Contudo, a pesquisa proposta tem um corte cronológico inserido no momento atual, de difícil apreensão, pois se trata do tempo presente, e várias questões hoje levantadas tem a singularidade do momento que vivemos, e as reflexões a respeito da temática muitas vezes está permeada de ideais políticos, principalmente das pessoas que estão ligadas à esta temática.

Ao longo da pesquisa, encontrei uma infinidade de fontes e aspectos referentes à temática da loucura, impossíveis de serem reunidos em um único trabalho. Desta forma, esta pesquisa apresentada é apenas o começo do entendimento deste processo, cheio de nuances e caminhos ainda pouco explorados. Alguns aspectos, não puderam ser

contemplados neste trabalho, o que levanta prerrogativas para sua continuidade da pesquisa, momento em que pretendo aprofundar discussões e apresentar outras problemáticas referentes a este aspecto. Assim como torna pertinente o aprofundamento do diálogo com a psicologia e outras áreas de conhecimento que possam apresentar pressupostos de análise diferenciados do campo historiográfico.

Contudo, este trabalho sinaliza a urgência e necessidade de análise para apreensão deste processo histórico de luta pela cidadania de um segmento da população que por dois séculos não teve voz, e era encarcerado e silenciado em instituições asilares. A possibilidade de contato, convívio e discussão com o doente mental já é por si só, um fator importante. E o tratamento destinado a este personagem está longe de ser o ideal, ainda mais no país em que vivemos, onde a população encontra-se em um estado precário em todos os sentidos.

A possibilidade de desenvolvimento de atividades lúdicas, que despertam a subjetividade do doente mental já são práticas implantadas em determinados locais, e será prerrogativa para o aprofundamento desta pesquisa. E a partir desta discussão podemos apreender que a situação de descaso que se encontram estes personagens gera insatisfação, havendo a preocupação de organização de movimentos e políticas que lutem por melhores e mais justas condições de vida. Luta de vários segmentos da população, por respeito aos princípios básicos do homem.

Já foram abertas as portas de asilos e manicômios para que o doente mental tenha a possibilidade de mostrar sua capacidade intelectual e criativa, torna-se agora necessário a tarefa mais árdua, abrir as portas da conscientização da população para que esta perceba este sujeito, que é diferente, como todos os outros são, mas perceber esta diferença como mais uma possibilidade de compreensão da realidade, partindo de outro ponto de vista.

FONTES DOCUMENTAIS

DELGADO Paulo.O desafio da reforma.In: **Revista Cidadania.Outros olhares**.Juiz de Fora: Gabinete do Deputado Paulo Delgado, 2001.

JORNAL CORREIO DE UBERLÂNDIA, Uberlândia, 21/07/1955.

JORNAL CORREIO DE UBERLÂNDIA, Uberlândia, 01/04/1942.

JORNAL PRIMEIRA HORA. UBERLÂNDIA, Uberlândia, 27/01/1983.

JORNAL PRIMEIRA HORA. Uberlândia, 14/11/1984.

JORNAL TRIÂNGULO. Uberlândia, 27/03/1986

JORNAL DA UFU. Informativo da Universidade Federal de Uberlândia, nº 57.Agosto de 1999.

Lei 10.216. Lei Federal. **Congresso Nacional**. 06/04/2001

NOTÍCIAS DO CAPS SUL. Informativo do Centro de Atenção Psicossocial do Distrito Sanitário Sul.Uberlândia, nº 6. maio/junho, 2004.

Portaria 106. Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial. 11/02/2000.

Portaria 224. Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial de 01/01/1994.

Portaria 251. Ministério da Saúde. **Gabinete Ministerial** de 31/01/2002.

Portaria 336. Ministério da Saúde. **Gabinete Ministerial** de 19/01/2002.

PROGRAMA de Saúde da administração Zaire Rezende. Democracia Participativa. Prefeitura Municipal de Uberlândia. Arquivo do Secretario de Saúde Flávio Goulart.

Projeto Nacional VER – SUS. Uberlândia. Secretaria Municipal de Saúde/Prefeitura de Uberlândia. 20/08 a 03/09/2004.

PROPOSTA para ação do governo municipal. Venceremos PMDB. **Programa de governo do PMDB**. Arquivo do Secretario de Saúde Flávio Goulart.1982.

Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial. **Direitos Humanos: uma amostra das unidades psiquiátricas brasileiras.** Relatório das visitas realizadas simultaneamente na Inspeção Nacional em Unidades Psiquiátricas em 16 estados brasileiros e no distrito Federal. 22 de julho de 2004.

Organização do Departamento de Saúde no âmbito da Secretaria Municipal de Ação Social e Saúde de Uberlândia. Prefeitura Municipal de Uberlândia. **Ofício nº .013/83.** Acervo do Secretário Flávio A. Goulart.

REFORMA PSIQUIÁTRICA. É no município que acontece. Prefeitura de Uberlândia. Secretaria de Saúde.

SÃO PEDRO DE UBERABINHA. Câmara Municipal. **Estatutos e leis da Câmara Municipal de S. Pedro** de Uberabinha. Uberaba. Typ. Livraria Século XX de Aredio de Souza, 1903.P.33, Capítulo I, Título VI.

HISTÓRIAS DE VIDA

CUNHA, Gladstone Rodrigues. **Depoimento.** 2002.

CASTRO, Marolina, conhecida como Dona Nega. **Depoimento** 2000.

DEUS, Marta Terra de. **Depoimento** 2002.

FRANCALLACE, Rubens. **Depoimento** 2000.

SANTOS, Marisa Alves. **Depoimento.** 2005

NASCIMENTO, Oswaldo José. **Depoimento.** 2002

TESES E MONOGRAFIAS

BOFF, Angélica B. **Espiritismo, Alienismo e Medicina: Ciência ou Fé? Os saberes publicados na imprensa gaúcha da década de 20.** Dissertação de Mestrado. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas-Programa de Pós-Graduação em História: UFRG, Agosto de 2001.

CURI, Luciano Marcos. **“Defender sãos e consolar os lázaros”: lepra e isolamento no Brasil 1935/1976.** Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação. Uberlândia, 2002.

FONSECA, Daniel. **Criminalidade e discriminação: a migração do espaço urbano (UDI 1960 – 1980).** Monografia (Bacharelado). Curso de Graduação de História. Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, 1997.

GOMIDE, Leila Scalia. **Órfãos de pais vivos: a lepra e as instituições preventórias no Brasil: estigmas, preconceitos e segregação.** São Paulo: USP, 1992 (Mestrado/ FFLCH).

MACHADO, Maria Clara Tomaz. **A disciplinarização do espaço urbano burguês: assistência social institucionalizada (Uberlândia –1965 a 1980).** São Paulo: USP, 1990. (Mestrado/FFLCH).

RIBEIRO, Raphael Alberto. **Almas Enclausuradas: Práticas de intervenção médica, representações culturais e cotidiano no Sanatório Espírita de Uberlândia (1932 – 1970).** Monografia (Bacharelado). Curso de Graduação de História. Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia. 2003.

SANTOS, Nádia Maria Weber. **A tênue fronteira entre a saúde e a doença mental: um estudo de casos psiquiátricos à luz da nova História Cultural (1937-1950).** Dissertação de Mestrado. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas – Pós Graduação em História: UFRG, agosto de 2000.

BIBLIOGRAFIA

ALBUQUERQUE, Guilhon J. **Metáforas da Desordem**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

ALVARENGA, Nizia Maria. Movimento popular, democracia participativa e poder político local: Uberlândia 1983/1988. In: **Poder local e representações coletivas. Revista História e Perspectiva**. n ° 4. Uberlândia: Janeiro/Junho 1991.

ANTUNES, Eleonora Haddad; BARBOSA, Lúcia Helena Siqueira; PEREIRA, Lygia Maria de França (org). **Psiquiatria loucura e Arte. Fragmentos da história brasileira**. São Paulo: Edusp, 2002.

ARGAN, Guilio Carlo. Clássico anticlássico: o renascimento de Brunelleschi a Bruegel. São Paulo: Companhia da Letras, 1999.

BENJAMIN, Walter. **Magia e Técnica, Arte e Política: Ensaio sobre literatura e história da cultura**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

BASAGLIA, Franco. **A psiquiatria Alternativa. Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. Conferências no Brasil**. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

BRAGA, José Carlos de Souza e Paula; GOÉS, Sérgio. **Saúde e Previdência. Estudos de Política social**. São Paulo: CABES- HUCITEC, 1981.

BUENO, Austregésilo Carrano. **O Canto dos malditos**. Rio de Janeiro: Rocco, 2001.

CAETANO, C. G. DIB, MIRIAN M.C. **A UFU no imaginário social**. Uberlândia: UFU, 1988.

CERTEAU, Michel de. **A invenção do cotidiano**. Petrópolis: Vozes, vol.1.2000.

CERVANTES, Miguel de. Dom Quixote de La Mancha. Tradução de Visconde de Castilho Azevedo. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

CHARTIER, Roger. **A História Cultural: Entre práticas e representações**. Bertrand, 1987.

COOPER, David. **Psiquiatria e Antipsiquiatria**. São Paulo: Perspectiva, 1990.

CORDEIRO, Hísio. **As empresas médicas**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. **Cidadelas da ordem**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1990.

_____. **O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo**. 2ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

FIGUEREDO, Gabriel. **O príncipe e os insanos**. São Paulo: Cortez, 1988.

FOUCAULT, Michel. **A história da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1999.

_____. **Vigiar e Punir**. Petrópolis: Vozes, 1999.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

_____. **Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

_____. **O poder psiquiátrico**. Resumo de conferências dadas no Collège de France, mimeo.

FUREGATO, Antônia Regina F. Reforma Sanitária e reforma Psiquiátrica no Brasil: convergências e divergências. In: **Revista Nursing**. São Paulo, Maio 2000.

GINZBURG, Carlo. A História e a Micro História. In: **Revista de História**, Ouro Preto: UFOP. n°1,1990.

_____. Sinais – Raízes de um paradigma indiciário. In: **Mitos, Emblemas e Sinais**. Cia das Letras, 1989.

GOOFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

HUNT, Lynn (org). **A nova história cultural**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

KOUPERNIK, Cyrille. **Antipsiquiatria: Senso ou Contra Senso?** Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

MACHADO, Maria Clara Tomaz. Cultura Popular: Em busca de um referencial conceitual. In: **Cadernos de História**, vol.5. Uberlândia, Janeiro de 1994.

_____.A institucionalização da pobreza no espaço urbano burguês. **Cadernos de História**. Uberlândia: UFU, ano 2, vol 2, 1991.

_____.Muito aquém do paraíso: ordem, progresso e disciplina em Uberlândia. **Revista História e Perspectivas**. Uberlândia: UFU, nº 4, jan/jun, 1991.

MACHADO, Roberto et al. **Danação da Norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MOFFAT, Alfredo. **Psicoterapia do Oprimido. Ideologia e técnica da psiquiatria popular**. São Paulo: Cortez, 1983.

MUCHAIL, Salma Tannus. O lugar das instituições na sociedade disciplinar. In: **Recordar Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 1988.

OLIVEIRA, J.A. A, TEIXEIRA, S.M.F. In: **Previdência Social. 60 anos de História da Previdência no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1985.p.130

PEREIRA, J.F. **O que é loucura**. São Paulo: Brasiliense, 1993.

PESSOTTI, Isaías. **A loucura e as épocas**. 2ª ed. Rio de Janeiro. Editora 34, 1995.

PORTELLI, Alessandro. As fronteiras da memória: o universo das fossas ardeatinas. História, mito, rituais e símbolos. **Revista História e Perspectiva**. Uberlândia: EDUFU, nº 25/26, 2002.

_____. “O que faz a História Oral diferente”. **Revista Projeto História**. São Paulo, nº14, fev.,1997.

PORTER, Roy. **Uma história Social da loucura**. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar. P.54

RAGO, Margareth. O efeito Foucault na historiografia brasileira. In: **Tempo Social.Revista de Sociologia**. USP, São Paulo, vol. 7,Outubro de 1995.

RODRIGUES, Jane de Fátima Silva. Nas sendas do progresso: Trabalho e disciplina, Uberlândia, um percurso histórico. In: **Cadernos de História**, vol 4.Uberlândia, janeiro de 1994.

ROTTERDÃ, Erasmo. **O Elogio da Loucura**. Os grandes clássicos da literatura. Vol.3: São Paulo: Novo Horizonte, 1982.

SAMUEL, Raphael. História local e História Oral. História em quadro negro. In: **Revista Brasileira de História**, São Paulo, vol.9, Setembro de 1989/Fevereiro de 1990.

SÉBILLE, Catherine Le Grand.Quando a ordem sanitária sustenta a ordem moral: injunções feitas ao corpo de mulheres pobres. In: **Projeto História 25. Corpo e Cultura. Revista do Programa de Estudos Pós Graduados em História e do Departamento de História da PUC/SP**. São Paulo: EDUC, Dezembro de 2002.

SCOTT, Joan W. A invisibilidade da experiência. In: **Revista Projeto História**. São Paulo, Fevereiro de 1998.

SCHWARCZ, Lília Moritz. **O espetáculo das raças**. São Paulo: Cia das Letras, 1993.

TEMPORÃO, José Gomes. **A propaganda de medicamentos e o mito da saúde**. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais- história e conceitos. In. **História, Ciências, Saúde** - Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1), jan/abr.2002

TUNIS, S.A e COSTA , N.R (org). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes, 1987.

VITUSSO, Isabel R. **Terra fértil, semente lançada: a história do espiritismo em Uberlândia**. Uberlândia: Gráfica Brasil, 2000.

ANEXOS

LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.

*Dispõe sobre a proteção e os direitos das
pessoas portadoras de transtornos mentais e
redireciona o modelo assistencial em saúde
mental.*

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

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

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

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

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

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

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

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

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

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

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

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

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

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

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

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

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

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Jose Gregori

José Serra

Roberto Brant

Portaria/SNAS nº 224 - De 29 de janeiro de 1992

O secretário nacional de Assistência à Saúde e presidente do INAMPS, no uso das atribuições do Decreto n.º 99.244, de 10 de maio de 1990 e tendo em vista o disposto no artigo XVIII da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e o disposto no parágrafo 4.º da Portaria 189/91, acatando exposição de motivos (17/12/91), da Coordenação de Saúde Mental do Departamento de Programas de Saúde da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, estabelece as seguintes diretrizes e normas:

1. DIRETRIZES:

- organização de serviços baseada nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações;
- diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial;
- garantia da continuidade da atenção nos vários níveis;
- multiprofissionalidade na prestação de serviços;
- ênfase na participação social desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução;
- definição dos órgãos gestores locais como responsáveis pela complementação da presente portaria normativa e pelo controle e avaliação dos serviços prestados.

2. NORMAS PARA O ATENDIMENTO AMBULATORIAL (SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SUS)

1) Unidade básica, centro de saúde e ambulatório

1.1 O atendimento em saúde mental prestado em nível ambulatorial compreende um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas nas unidades básicas/centro de saúde e/ou ambulatórios especializados, ligados ou não a policlínicas, unidades mistas ou hospitais.

1.2 Os critérios de hierarquização e regionalização da rede, bem como a definição da população-referência de cada unidade assistencial serão estabelecidas pelo órgão gestor local.

1.3 A atenção aos pacientes nestas unidades de saúde deverá incluir as seguintes atividades desenvolvidas por equipes multiprofissionais:

- atendimento individual (consulta, psicoterapia, dentre outros);
- atendimento grupal (grupo operativo, terapêutico, atividades socioterápicas, grupos de orientação, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde);
- visitas domiciliares por profissional de nível médio ou superior;
- atividades comunitárias, especialmente na área de referência do serviço de saúde.

1.4 Recursos Humanos

Das atividades acima mencionadas, as seguintes poderão ser executadas por profissionais de nível médio:

- atendimento em grupo (orientação, sala de espera);
- visita domiciliar;
- atividades comunitárias.

A equipe técnica de saúde mental para atuação nas unidades básicas/ centros de saúde deverá ser definida segundo critérios do órgão gestor local, podendo contar com equipe composta por profissionais especializados (médico psiquiatra, psicólogo e assistente social) ou com equipe integrada por outros profissionais (médico generalista, enfermeiro, auxiliares, agentes de saúde).

No ambulatório especializado, a equipe multiprofissional deverá ser composta por diferentes categorias de profissionais especializados (médico psiquiatra, médico clínico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, neurologista e pessoal auxiliar), cuja composição e atribuições serão definidas pelo órgão gestor local.

2. Núcleos/centros de atenção psicossocial (NAPS/CAPS):

2.1 Os NAPS/CAPS são unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional.

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

2.3 São unidades assistenciais que podem funcionar 24 horas por dia, durante os sete dias da semana ou durante os cinco dias úteis, das 8 às 18 horas, segundo definições do órgão gestor local. Devem contar com leitos para repouso eventual.

2.4 A assistência ao paciente no NAPS/CAPS inclui as seguintes atividades:

- atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras);
- visitas domiciliares;
- atendimento à família;
- atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua

inserção social;

– os pacientes que freqüentam o serviço por 4 horas (um turno) terão direito a duas refeições; os que freqüentam por um período de 8 horas (dois turnos) terão direito a três refeições.

2.5 Recursos Humanos

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

- 1 médico psiquiatra;
- 1 enfermeiro;
- 4 outros profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário a realização dos trabalhos);
- profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

2.6 Para fins de financiamento pelo SIA/SUS, o sistema remunerará o atendimento de até 15 pacientes em regime de 2 turnos (8 horas por dia) e mais 15 pacientes por turno de 4 horas, em cada unidade assistencial.

3. NORMAS PARA O ATENDIMENTO HOSPITALAR (SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALARES DO SUS)

1) Hospital-dia

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:

- a) 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.
- b) 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.

2. Serviço de urgência psiquiátrica em hospital-geral

2.1 Os serviços de urgência psiquiátrica em prontos-socorros gerais funcionam diariamente durante 24 horas e contam com o apoio de leitos de internação para até 72 horas, com equipe multiprofissional. O atendimento resolutivo e com qualidade dos casos de urgência tem por objetivo evitar a internação hospitalar, permitindo que o paciente retorne ao convívio social, em curto período de tempo.

2.2 Os serviços de urgência psiquiátrica devem ser regionalizados, atendendo a uma população residente em determinada área geográfica.

2.3 Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

- a) avaliação médico-psicológica e social;
- b) atendimento individual (medicamentoso, de orientação, dentre outros);
- c) atendimento grupal (grupo operativo, de orientação);
- d) atendimento à família (orientação, esclarecimento sobre o diagnóstico, dentre outros).

Após a alta, tanto no pronto atendimento quanto na internação de urgência, o paciente deverá, quando indicado, ser referenciado a um serviço extra-hospitalar regionalizado, favorecendo assim a continuidade do tratamento próximo à sua residência. Em caso de necessidade de continuidade da internação, deve-se considerar os seguintes recursos assistenciais: hospital-dia, hospital geral e hospital especializado.

2.4 Recursos Humanos

No que se refere aos recursos humanos, o serviço de urgência psiquiátrica deve ter a seguinte equipe técnica mínima; período diurno (serviço até 10 leitos para internações breves):

- 1 médico psiquiatra ou 1 médico clínico e 1 psicólogo;
- 1 assistente social;
- 1 enfermeiro;
- profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

2.5 Para fins de remuneração no Sistema de Informações Hospitalares- SIH, o procedimento Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento em Psiquiatria será remunerado exclusivamente nos prontos-socorros gerais.

3. Leito ou unidade psiquiátrica em hospital-geral

3.1 O estabelecimento de leitos/unidades psiquiátricas em hospital geral objetiva oferecer uma retaguarda hospitalar para os casos em que a internação se faça necessária, após esgotadas todas as possibilidades de atendimento em unidades extra-hospitalares e de urgência. Durante o período de internação, a assistência ao cliente será desenvolvida por equipes multiprofissionais.

3.2 O número de leitos psiquiátricos em hospital geral não deverá ultrapassar 10% da capacidade instalada do hospital, até um máximo de 30 leitos. Deverão, além dos espaços próprios de um hospital geral, ser destinadas salas para trabalho em grupo (terapias, grupo operativo, dentre outros). Os pacientes deverão utilizar área externa do hospital para lazer, educação física e atividades socioterápicas.

3.3 Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

- a) avaliação médico-psicológica e social;
- b) atendimento individual (medicamentoso, psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros);
- c) atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades socioterápicas);
- d) abordagem à família: orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento;
- e) preparação do paciente para a alta hospitalar garantindo sua referência para a

continuidade do tratamento em unidade de saúde com programa de atenção compatível com sua necessidade (ambulatório, hospital-dia, núcleo/centro de atenção psicossocial), visando prevenir a ocorrência de outras internações.

3.4 Recursos Humanos

A equipe técnica mínima para um conjunto de 30 leitos, no período diurno, deve ser composta por:

- 1 médico psiquiatra ou 1 médico clínico e 1 psicólogo;
- 1 enfermeiro;
- 2 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social e/ou terapeuta ocupacional);
- profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

3.5 Para fins de financiamento pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), o procedimento 63.001.10-1 (Tratamento Psiquiátrico em Hospital- Geral) será remunerado apenas nos hospitais gerais.

4. Hospital especializado em psiquiatria

4.1 Entende-se como hospital psiquiátrico aquele cuja maioria de leitos se destine ao tratamento especializado de clientela psiquiátrica em regime de internação.

4.2 Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

- a) avaliação médico-psicológica e social;
- b) atendimento individual (medicamentoso, psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros);
- c) atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades socioterápicas);
- d) abordagem à família: orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento;
- e) preparação do paciente para a alta hospitalar garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em unidade de saúde com programa de atenção compatível com sua necessidade (ambulatório, hospital-dia, núcleo/centro de atenção psicossocial), visando prevenir a ocorrência de outras internações.

4.3 Com vistas a garantir condições físicas adequadas ao atendimento de clientela psiquiátrica internada, deverão ser observados os parâmetros das normas específicas referentes à área de engenharia e arquitetura em vigor, expedidas pelo Ministério da Saúde.

4.4 O hospital psiquiátrico especializado deverá destinar uma enfermaria para intercorrências clínicas, com um mínimo de 6m²/leito e número de leitos igual a 1/50 do total do hospital, com camas Fowler, oxigênio, aspirador de secreção, vaporizador,

nebulizador e bandeja ou carro de parada, e ainda:

- sala de curativo ou, na inexistência desta, 01 carro de curativos para cada 3 postos de enfermagem ou fração;
- área externa para deambulação e/ou esportes, igual ou superior à área construída.

4.5 O hospital psiquiátrico especializado deverá ter sala(s) de estar, jogos, etc., com um mínimo de 40 m², mais 20m² para cada 100 leitos a mais ou fração, com televisão e música ambiente nas salas de estar.

4.6 Recursos Humanos

Os hospitais psiquiátricos especializados deverão contar com no mínimo:

- 1 médico plantonista nas 24 horas;
- 1 enfermeiro das 7 às 19 horas, para cada 240 leitos;

E ainda:

- Para cada 40 pacientes, com 20 horas de assistência semanal distribuídas no mínimo em 4 dias, um médico psiquiatra e um enfermeiro;

- Para cada 60 pacientes, com 20 horas de assistência semanal, distribuídas no mínimo em 4 dias, os seguintes profissionais:

- 1 assistente social;
- 1 terapeuta ocupacional;
- 2 auxiliares de enfermagem;
- 1 psicólogo;

E ainda:

- 1 clínico geral para cada 120 pacientes;
- 1 nutricionista e 1 farmacêutico.

O psiquiatra plantonista poderá também compor uma das equipes básicas, como psiquiatra-assistente, desde que, além de seu horário de plantonista, cumpra 15 horas semanais em pelo menos três outros dias da semana.

4. DISPOSIÇÕES GERAIS

1) Tendo em vista a necessidade de humanização da assistência, bem como a preservação dos direitos de cidadania dos pacientes internados, os hospitais que prestam atendimento em psiquiatria deverão seguir as seguintes orientações:

- está proibida a existência de espaços restritivos (celas fortes);
- deve ser resguardada a inviolabilidade da correspondência dos pacientes internados;
- deve haver registro adequado dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos efetuados nos pacientes;
- os hospitais terão prazo máximo de 1 (um) ano para atenderem estas exigências a partir de cronograma estabelecido pelo órgão gestor local.

2) Em relação ao atendimento em regime de internação em hospitais gerais ou especializados, que sejam referência regional e/ou estadual, a complementação normativa de que trata o último parágrafo do item 1 da presente portaria será da competência das respectivas secretarias estaduais de saúde.

Ricardo Akel

Portaria n.º 336/GM Em 19 de fevereiro de 2002.

O Ministro da Saúde, no uso de suas atribuições legais;

Considerando a Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando o disposto na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2001, aprovada pela Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001;

Considerando a necessidade de atualização das normas constantes da Portaria MS/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, resolve:

Art.1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria;

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

§ 2º Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território;

Art. 2º Definir que somente os serviços de natureza jurídica pública poderão executar as atribuições de supervisão e de regulação da rede de serviços de saúde mental.

Art. 3º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar.

Parágrafo único. Os CAPS poderão localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria.

Art. 4º Definir, que as modalidades de serviços estabelecidas pelo Artigo 1º desta Portaria correspondem às características abaixo discriminadas:

4.1 - CAPS I – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com as seguintes características:

a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS

nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

f - funcionar no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana;

4.1.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS I inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

4.1.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composta por:

a - 01 (um) médico com formação em saúde mental;

b - 01 (um) enfermeiro;

c - 03 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d - 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão;

4.2 - CAPS II – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com as seguintes características:

a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;

c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

f - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

4.2.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS II inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária: os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

4.2.2 - Recursos Humanos:

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

a - 01 (um) médico psiquiatra;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;

c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.3 - CAPS III – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana;

b - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;

d - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica.

4.3.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS III inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros);

b - atendimento grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação;

h - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias, e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 04 (quatro) refeições diárias;

i - a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias.

4.3.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS III, para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

a - 02 (dois) médicos psiquiatras;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental.

c - 05 (cinco) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

d - 08 (oito) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.3.2.1 - Para o período de acolhimento noturno, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por:

a - 03 (três) técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço;

b - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio;

4.3.2.2 - Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por:

a - 01 (um) profissional de nível superior dentre as seguintes categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico;

b - 03 (três) técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço

c - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio.

4.4 – CAPS i II – Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

c - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito do seu território;

d - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades de atendimento psiquiátrico a crianças e adolescentes no âmbito do seu território

e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, na atenção à infância e adolescência;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21:00 horas.

4.4.1- A assistência prestada ao paciente no CAPS i II inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social;

g - desenvolvimento de ações inter-setoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça;

h - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias;

4.4.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS i II, para o atendimento de 15 (quinze) crianças e/ou adolescentes por turno, tendo como limite máximo 25 (vinte e cinco) pacientes/dia, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental;

b - 01 (um) enfermeiro.

c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

d - 05 (cinco) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.5 – CAPS ad II – Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida pelo gestor local;

b - sob coordenação do gestor local, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território;

c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local no âmbito de seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

d - coordenar, no âmbito de sua área de abrangência e por delegação do gestor local, a atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes;

e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

h - manter de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso.

4.5.1. A assistência prestada ao paciente no CAPS ad II para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

h - atendimento de desintoxicação.

4.5.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS ad II para atendimento de 25 (vinte e cinco) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;

c - 01 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;

d - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

e - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Art.5º Estabelecer que os CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II deverão estar capacitados para o acompanhamento dos pacientes de forma intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, dentro de limites quantitativos mensais que serão fixados em ato normativo da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento frequente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma frequência menor. A descrição minuciosa destas três modalidades deverá ser objeto de portaria da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, que fixará os limites mensais (número máximo de atendimentos); para o atendimento intensivo (atenção diária), será levada em conta a capacidade máxima de cada CAPS, conforme definida no Artigo 2º.

Art. 6º Estabelecer que os atuais CAPS e NAPS deverão ser cadastrados nas modalidades CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II pelo gestor estadual, após parecer técnico da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. O mesmo procedimento se aplicará aos novos CAPS que vierem a ser implantados.

Art.7º Definir que os procedimentos realizados pelos CAPS e NAPS atualmente existentes, após o seu cadastramento, assim como os novos que vierem a ser criados e cadastrados, serão remunerados através do Sistema APAC/SIA, sendo incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

Art.8º. Estabelecer que serão alocados no FAEC, para a finalidade descrita no art. 5º, durante os exercícios de 2002 e 2003, recursos financeiros no valor total de R\$52.000.000,00 (cinquenta e dois milhões de reais), previstos no orçamento do Ministério da Saúde.

Art.9º. Definir que os procedimentos a serem realizados pelos CAPS, nas modalidades I, II (incluídos CAPS i II e CAPS ad II) e III, objetos da presente Portaria,

serão regulamentados em ato próprio do Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Art.10. Esta Portaria entrará em vigor a partir da competência fevereiro de 2002, revogando-se as disposições em contrário.

##ASS JOSÉ SERRA

LEGISLAÇÃO SOBRE SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS EM SAÚDE MENTAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GABINETE DO MINISTRO

Portaria nº 106/MS, de 11 de fevereiro de 2000

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, considerando:

a necessidade da reestruturação do modelo de atenção ao portador de transtornos mentais, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS;
a necessidade de garantir uma assistência integral em saúde mental e eficaz para a reabilitação psicossocial;
a necessidade da humanização do atendimento psiquiátrico no âmbito do SUS, visando à reintegração social do usuário;
a necessidade da implementação de políticas de melhoria de qualidade da assistência à saúde mental, objetivando à redução das internações em hospitais psiquiátricos, resolve:

Art. 1º Criar os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais.

Parágrafo único. Entende-se como Serviços Residenciais Terapêuticos, moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social.

Art.2º Definir que os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental constituem uma modalidade assistencial substitutiva da internação psiquiátrica prolongada, de maneira que, a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS, igual n.º de leitos naquele hospital, realocando o recurso da AIH correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental.

Art. 3º Definir que aos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental cabe :

- a) garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia;
- b) atuar como unidade de suporte destinada, prioritariamente, aos portadores de transtornos mentais submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado;
- c) promover a reinserção desta clientela à vida comunitária.

Art. 4º Estabelecer que os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental deverão ter um Projeto Terapêutico baseado nos seguintes princípios e diretrizes:

- a) ser centrado nas necessidades dos usuários, visando à construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida cotidiana e à ampliação da inserção social;
- b) ter como objetivo central contemplar os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo ao usuário um amplo projeto de reintegração social, por meio de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para as atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários.
- c) respeitar os direitos do usuário como cidadão e como sujeito em condição de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário.

Art. 5º Estabelecer como normas e critérios para inclusão dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental no SUS.

- a) serem exclusivamente de natureza pública;
- b) a critério do gestor local, poderão ser de natureza não governamental, sem fins lucrativos, devendo para isso ter Projetos Terapêuticos específicos, aprovados pela Coordenação Nacional de Saúde Mental;
- c) estarem integrados à rede de serviços do SUS, municipal, estadual ou por meio de consórcios intermunicipais, cabendo ao gestor local a responsabilidade de oferecer uma assistência integral a estes usuários, planejando as ações de saúde de forma articulada nos diversos níveis de complexidade da rede assistencial;
- d) estarem sob gestão preferencial do nível local e vinculados, tecnicamente, ao serviço ambulatorial especializado em saúde mental mais próximo;
- e) a critério do Gestor municipal/estadual de saúde os Serviços Residenciais Terapêuticos poderão funcionar em parcerias com

organizações não governamentais (ONGs) de saúde, ou de trabalhos sociais ou de pessoas físicas nos moldes das famílias de acolhimento, sempre supervisionadas por um serviço ambulatorial especializado em saúde mental.

Art. 6º Definir que são características físico-funcionais dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental:

6.1 apresentar estrutura física situada fora dos limites de unidades hospitalares gerais ou especializadas seguindo critérios estabelecidos pelos gestores municipais e estaduais;

6.2 existência de espaço físico que contemple de maneira mínima:

6.2.1 dimensões específicas compatíveis para abrigar um número de no máximo 08 (oito) usuários, acomodados na proporção de até 03 (três) por dormitório.

6.2.2 sala de estar com mobiliário adequado para o conforto e a boa comodidade dos usuários;

6.2.3 dormitórios devidamente equipados com cama e armário;

6.2.4 copa e cozinha para a execução das atividades domésticas com os equipamentos necessários (geladeira, fogão, filtros, armários, etc.);

6.2.5 garantia de, no mínimo, três refeições diárias, café da manhã, almoço e jantar.

Art. 7º Definir que os serviços ambulatoriais especializados em saúde mental, aos quais os Serviços Residenciais Terapêuticos estejam vinculados possuam equipe técnica que atuará na assistência e supervisão das atividades, constituída, no mínimo, pelos seguintes profissionais:

a) 01 (um) profissional de nível superior da área de saúde com formação, especialidade ou experiência na área de saúde mental;

b) 02 (dois) profissionais de nível médio com experiência e/ou capacitação específica em reabilitação psicossocial.

Art.8º Determinar que cabe ao gestor municipal /estadual do SUS identificar os usuários em condições de serem beneficiados por esta nova modalidade terapêutica, bem como instituir as medidas necessárias ao processo de transferência dos mesmos dos hospitais psiquiátricos para os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental.

Art. 9º Priorizar, para a implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, os municípios onde já existam outros serviços ambulatoriais de saúde mental de natureza substitutiva aos hospitais psiquiátricos, funcionando em consonância com os princípios da II Conferência Nacional de Saúde Mental e contemplados

dentro de um plano de saúde mental, devidamente discutido e aprovado nas instâncias de gestão pública.

Art. 10º Estabelecer que para a inclusão dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental no Cadastro do SUS, deverão ser cumpridas as normas gerais que vigoram para cadastramento no Sistema Único de Saúde e a apresentação de documentação comprobatória aprovada pelas Comissões Intergestores Bipartite.

Art. 11º Determinar o encaminhamento por parte das Secretarias Estaduais e Municipais, ao Ministério da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde - Área Técnica da Saúde Mental, a relação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental cadastrados no estado, bem como a referência do serviço ambulatorial e a equipe técnica aos quais estejam vinculados, acompanhado das FCA- Fichas de Cadastro Ambulatorial e a atualização da FCH- Ficha de Cadastro Hospitalar com a redução do número de leitos psiquiátricos, conforme Artigo 2º desta portaria.

Art. 12º Definir que as Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde, com apoio técnico do Ministério da Saúde, deverão estabelecer rotinas de acompanhamento, supervisão, controle e avaliação para a garantia do funcionamento com qualidade dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental.

Art. 13º Determinar que as Secretarias de Assistência à Saúde e a Secretaria Executiva, no prazo de 30 (trinta) dias, mediante ato conjunto, regulamentem os procedimentos assistenciais dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental.

Art. 14º Definir que cabe aos gestores de saúde do SUS emitir normas complementares que visem a estimular as políticas de intercâmbio e cooperação com outras áreas de governo, Ministério Público, Organizações Não Governamentais, no sentido de ampliar a oferta de ações e de serviços voltados para a assistência aos portadores de transtornos mentais, tais como: desinterdição jurídica e social, bolsa-salário ou outra forma de benefício pecuniário, inserção no mercado de trabalho.

Art. 15º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ SERRA

##ATO Portaria nº 251/GM, Em 31 de janeiro de 2002.

Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências.

##TEX O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, e considerando as determinações da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, da Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS 01/2001, aprovada pela Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001, além das recomendações do grupo de trabalho constituído pela Portaria SAS/MS nº 395, de 25 de setembro de 2001, e tendo em vista a necessidade de atualização e revisão das portarias 224, de 29 de janeiro de 1992, 088, de 21 de julho de 1993 e 147, de 25 de agosto de 1994, resolve:

Art. 1º - Estabelecer, na forma do Anexo desta Portaria, as diretrizes e normas para a regulamentação da assistência hospitalar em psiquiatria no Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 2º - Estabelecer a seguinte classificação para os hospitais psiquiátricos integrantes da rede do SUS, apurada pelos indicadores de qualidade aferidos pelo PNASH – Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria e o número de leitos do hospital, constante do atual cadastro do Ministério da Saúde.

CLASSE PONTUAÇÃO NO PNASH NÚMERO DE LEITOS

I 81 – 100 % 20 – 80

61 – 80 % 20 – 80 II

81 – 100 % 81 – 120

61 – 80% 81 – 120 III

81 – 100 % 121 – 160

61 – 80 % 121 – 160 IV

81 – 100 % 161 – 200

61 – 80 % 161 – 200 V

81 – 100 % 201 – 240

61 – 80 % 201 – 240 VI

81 – 100 % 241 – 400

61 – 80 % 241 – 400 VII

81 – 100 % Acima de 400

VIII 61 –80% Acima de 400

Art. 3º - Estabelecer que os hospitais psiquiátricos integrantes do SUS deverão ser avaliados por meio do PNASH/Psiquiatria, no período de janeiro a maio de 2002, pelos Grupos Técnicos de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental das Secretarias Estaduais – Portaria GM/MS nº 799, podendo contar com outros profissionais convocados por decisão do gestor local.

Art 4º– Estabelecer o prazo de 90 (noventa) dias, a contar do resultado da avaliação realizada, conforme determinado no Artigo 3º desta Portaria, para a reavaliação dos hospitais que obtiverem pontuação equivalente a 40-60% do PNASH, para verificação da adequação ao índice mínimo de 61%, necessário à sua classificação como hospital psiquiátrico no SUS;
Parágrafo único - Os hospitais que obtiverem índice inferior a 40% do PNASH, assim como os hospitais que não alcançarem o índice mínimo de 61% do PNASH, após o processo de reavaliação, não serão classificados conforme o estabelecido nesta Portaria.

Art. 5º. Determinar que, após a reavaliação, de que trata o Artigo 4º, desta Portaria, o gestor local deverá adotar as providências necessárias para a suspensão de novas internações e a substituição planejada do atendimento aos pacientes dos hospitais que não obtiveram pontuação suficiente para a sua classificação.

Parágrafo único – O gestor local, em conjunto com a Secretaria de Estado da Saúde, elaborará um projeto técnico para a substituição do atendimento aos pacientes dos hospitais não classificados, preferencialmente em serviços extra-hospitalares, determinando o seu descredenciamento do Sistema.

Art. 6º - Determinar à Secretaria de Assistência à Saúde que promova a atualização dos procedimentos de atendimento em psiquiatria, de acordo com a classificação definida nesta Portaria, em substituição ao estabelecido na Portaria GM/MS Nº 469, de 03 de abril de 2001.

Art 7º - Determinar que a Secretaria de Assistência à Saúde/SAS/MS inclua, na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde/SIH-SUS, procedimento específico para o processamento das Autorizações de Internação Hospitalar/AIH dos hospitais não classificados de acordo com os indicadores de qualidade aferidos pelo PNASH/Psiquiatria, até a transferência de todos os pacientes para outras unidades hospitalares ou serviços extra-hospitalares, definidas pelo gestor local do SUS.

Art. 8º - Determinar que é atribuição intransferível do gestor local do Sistema Único de Saúde estabelecer o limite das internações em psiquiatria e o controle da porta de entrada das internações hospitalares, estabelecendo instrumentos e mecanismos específicos e resolutivos de atendimento nas situações de urgência/emergência, preferencialmente em serviços extra-hospitalares ou na rede hospitalar não especializada.

§ 1º. Para a organização da porta de entrada, devem ser seguidas as recomendações contidas no MANUAL DO GESTOR PARA ATENDIMENTO TERRITORIAL EM SAÚDE MENTAL, instituído pela Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001.

§ 2º. O número mensal de internações e o limite de internações para cada município ou região, estimadas de acordo com as metas estabelecidas, deverão constar do Plano Diretor de Regionalização/PDR, definido pela Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOASSUS 01/2001.

Art. 9º - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, com aplicação dos seus efeitos a partir da competência julho de 2002, revogando-se as disposições em contrário .

##ASS JOSÉ SERRA

ANEXO

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR EM PSIQUIATRIA NO SUS

1. DIRETRIZES:

- Consolidar a implantação do modelo de atenção comunitário, de base extra-hospitalar, articulado em rede diversificada de serviços territoriais, capazes de permanentemente promover a integração social e assegurar os direitos dos pacientes;
- Organizar serviços com base nos princípios da universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações;
- Garantir a diversidade dos métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial;
- Assegurar a continuidade da atenção nos vários níveis;
- Assegurar a multiprofissionalidade na prestação de serviços
- Garantir a participação social, desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução.
- Articular-se com os planos diretores de regionalização estabelecidos pela NOAS-SUS 01/2001;
- Definir que os órgãos gestores locais sejam responsáveis pela regulamentação local que couber, das presentes normas, e pelo controle e avaliação dos serviços prestados.

2. NORMAS PARA O ATENDIMENTO HOSPITALAR

2.1 Entende-se como hospital psiquiátrico aquele cuja maioria de leitos se destine ao tratamento especializado de clientela psiquiátrica em regime de internação.

2.2 - Determinações gerais:

2.2.1. o hospital deve articular-se com a rede comunitária de saúde mental, estando a porta-de-entrada do sistema de internação situada no serviço territorial de referência para o hospital;

2.2.2. está proibida a existência de espaços restritivos (celas fortes);

2.2.3. deve ser resguardada a inviolabilidade da correspondência dos pacientes internados;

2.2.4. deve haver registro adequado, em prontuário único, dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos nos pacientes, ficando garantida, no mínimo, a seguinte periodicidade:

- profissional médico : 01 vez por semana;
- outros profissionais de nível superior: 01 vez por semana, cada um;
- equipe de enfermagem: anotação diária;

2.3 - Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

- a) avaliação médico-psicológica e social;
- b) garantia do atendimento diário ao paciente por, no mínimo, um membro da equipe multiprofissional, de acordo com o projeto terapêutico individual;
- c) atendimento individual (medicamentoso, psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros);
- d) atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades socioterápicas);
- e) preparação do paciente para a alta hospitalar, garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em serviço territorial com programa de atenção compatível com sua necessidade (ambulatório, hospital-dia, núcleo/centro de atenção psicossocial), e para residência terapêutica quando indicado, sempre com o objetivo de promover a reintegração social e familiar do paciente e visando prevenir a ocorrência de outras internações;
- f) essas atividades deverão constituir o projeto terapêutico da instituição, definido como o conjunto de objetivos e ações, estabelecidos e executados pela equipe multiprofissional, voltados para a recuperação do paciente, desde a admissão até a alta. Inclui o desenvolvimento de programas específicos e interdisciplinares, adequados à característica da clientela, e compatibiliza a proposta de tratamento com a necessidade de cada usuário e de sua família. Envolve, ainda, a existência de um sistema de referência e contra-referência que permite o encaminhamento do paciente após a alta, para a continuidade do tratamento. Representa, enfim, a existência de uma filosofia que norteia e permeia todo o trabalho institucional, imprimindo qualidade à assistência prestada. O referido projeto deverá ser apresentado por escrito;
- g) desenvolvimento de projeto terapêutico específico para pacientes de longa permanência – aqueles com mais de 01 (um) ano ininterrupto de internação. O projeto deve conter a preparação para o retorno à própria moradia ou a serviços residenciais terapêuticos, ou a outra forma de inserção domiciliar;
- h) desenvolvimento de projetos terapêuticos específicos para pacientes com deficiência física e mental grave e grande dependência;
- i) abordagem à família: orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e a continuidade do tratamento.

2.4 Com vistas a garantir condições físicas adequadas ao atendimento da clientela psiquiátrica internada, deverão ser observados os parâmetros das Normas Específicas referentes à área de engenharia e arquitetura e vigilância sanitária em vigor, Portaria GM/MS Nº 1884,

de 11 de novembro de 1994, ou a que vier substituí-la, expedidas pelo Ministério da Saúde.

2.5 O hospital psiquiátrico especializado deverá destinar 1 enfermaria para intercorrências clínicas, com um mínimo de 6m²/leito e

número de leitos igual a 1/50 do total do hospital, com camas “Fowler”, oxigênio, aspirador de secreção, vaporizador, nebulizador e bandeja ou carro de parada, e ainda:

- sala da curativo ou, na inexistência desta, 01 carro de curativo para cada 03 postos de enfermagem ou fração;
- área externa para deambulação e/ou esportes, igual ou superior à área construída.

2.6 O hospital psiquiátrico especializado deverá ter sala(s) de estar, jogos, etc., com um mínimo de 40 m², mais 20m² para cada 100 leitos a mais ou fração, com televisão e música ambiente nas salas de estar.

2.7 .Recursos Humanos

Os hospitais psiquiátricos especializados deverão contar com, no mínimo:

- 01 médico plantonista nas 24 horas;
- 01 enfermeiro das 19:00 às 7:00 H, para cada 240 leitos;

E ainda:

- Para cada 40 pacientes, com 20 horas de assistência semanal, distribuídas no mínimo em 04 dias, um médico psiquiatra e um enfermeiro.

- Para cada 60 pacientes, com 20 horas de assistência semanal, distribuídas no mínimo em 04 dias, os seguintes profissionais:

- 01 assistente social;
- 01 terapeuta ocupacional;
- 01 psicólogo;
- 04 auxiliares de enfermagem para cada 40 leitos, com cobertura nas 24 horas.

E ainda:

- 01 clínico geral para cada 120 pacientes;
- 01 nutricionista e 01 farmacêutico.

O psiquiatra plantonista poderá, também, compor uma das equipes básicas como psiquiatra assistente, desde que, além de seu horário de plantonista cumpra 15 horas semanais em, pelo menos três outros dias da semana.

A composição dos recursos humanos deve garantir a continuidade do quantitativo necessário em situações de férias, licenças e outros eventos.