UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM

JOÃO PAULO PITOLI

**“HABITAR” INSTITUCIONAL: CONSIDERAÇÕES SOBRE PROCESSOS DE
INSTITUCIONALIZAÇÃO DE VIDAS NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO**

**SÃO PAULO
2010**

JOÃO PAULO PITOLI

**“HABITAR” INSTITUCIONAL: CONSIDERAÇÕES SOBRE PROCESSOS DE
INSTITUCIONALIZAÇÃO DE VIDAS NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem

Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Luisa Aranha e Silva

SÃO PAULO
2010

**AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL
DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO
CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE
ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.**

Assinatura: _____ Data ____/____/____

**Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**

Pitoli, João Paulo.

“Habitar” institucional: considerações sobre processos de
institucionalização de *vidas* no hospital psiquiátrico / João Paulo Pitoli. –
São Paulo, 2010.

149 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São
Paulo.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Luisa Aranha e Silva.

1. Desinstitucionalização 2. Hospitais psiquiátricos 3. Saúde mental 4.
Políticas públicas I. Título.

Nome: João Paulo Pitoli

Título: “Habitar” Institucional: considerações sobre processos de institucionalização de *vidas* no hospital psiquiátrico.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo para a obtenção do título
de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em ____/____/____

Banca Examinadora

Profª Drª _____

Julgamento _____

Instituição _____

Assinatura _____

Profª Drª _____

Julgamento _____

Instituição _____

Assinatura _____

DEDICATÓRIA

A língua portuguesa dispõe de alguns significados para a palavra dedicar. As acepções que prevalecem nas inscrições lingüísticas do termo, consagram, tributam, oferecem e destinam algo à aqueles que efetivamente encontram-se na imanência do olhar daquele que oferta uma determinada obra.

Os múltiplos caminhos que a vida nos lança faz com que nos afetamos - no corpo e alma - não por todos os humanos, mas por aqueles que mais nos tocam e demonstram que a vida é possível de ser experimentada a partir de novas formas, arranjos e afetos.

Desta forma, este trabalho é consagrado aos meus conterrâneos ararenses que neste momento ainda permanecem ao meu lado, nas cercanias do meu olhar e da minha história, mas inacessíveis ao encontro real, livre e liberto que as ruas da cidade proporcionam somente para escolhidos

Este trabalho é para vocês, homens e mulheres ararenses que tiveram de deixar suas vidas à distância, sufocadas na voz e no corpo pelas amarras da cidade...

AGRADECIMENTOS

À Profª Ana Luisa Aranha e Silva, orientadora desse trabalho. Não é por acaso o resultado desse estudo. A Araras que nos ocupamos nesses anos foi o ponto de partida, o ponto de enodamento das nossas histórias. Sua presença me fortificou nos meandros da academia, da política e na força para lutar ainda mais por uma vida mais solidária, digna e justa para aqueles mais frágeis. Obrigado!

À Profª Fernanda Nicácio e Profª Sônia Barros, banca de qualificação deste trabalho. Suas pontuações foram imprescindíveis para a consecução desta pesquisa

À Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Área de concentração em Enfermagem Psiquiátrica. Por aceitar esse projeto de pesquisa.

À Dra Regina Bichaff, parceira desse estudo. Agradeço pela disponibilidade, confiança e aposta neste trabalho.

À Dra. Mirsa Elisabeth Dellosi, pelas contribuições necessárias e orientações.

Ao Grupo Técnico de Ações Estratégicas (GTAE) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP). Por confiar neste estudo enquanto um projeto não só acadêmico, mas político para o município de Araras – SP

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e à Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeira na confecção desse trabalho

À Simone Ramalho, pelo abrigo, carinho e presença imprescindível. É a cuidadora sempre atenta e zelosa pelos meus passos. É referência profissional e ética por uma Araras melhor e mais justa com seus descendentes. “Eternizadora de palavras”, foi afeto, força e abrigo durante essa trajetória. Obrigado!

À Cristina Lopérgolo, pelo cuidado, proteção e conforto oferecidos na minha trajetória e durante a composição desse trabalho. É referência profissional que tenho em todos os momentos. É força e afeto construído nas durezas da cidade que se consolida nos encontros da vida. Obrigado

Ao Maurício Lourenção Garcia. Como já afirmado um dia, aqueles poucos meses de efervescência intelectual e política nos corredores da Universidade, aprendi que um trabalho acadêmico deve pulsar, primeiramente em nossas veias, para depois poder ganhar o mundo. Essa lição concretiza esse trabalho.

Ao Wilson Aparecido Silva. Amigo que está sempre presente, seja nas provocações da existência, seja nos encontros “causalistas” que a vida nos ofertou até hoje. Obrigado pelo apoio e auxílio.

Ao Nivaldo Alexandre de Freitas (o Nini), primeiro ararense que me lançou à perscrutar os pontos ocultos da cidade. Esse trabalho concretiza, afirma e potencializa aquilo que um dia chamamos de “O Discurso que Enclausura...” Obrigado, Ararense! Esse trabalho é nosso!

Ao amigo Pedro Montaldi Gava, pela sincera companhia! Nos momentos tortuosos, estive sempre próximo... Nos momentos de alegria, exultamos o tons da vida para uma manhã mais feliz.

Aos meus amigos: Cleber Luis Dias (o Crebão), Tiago Machado (o James), Saulo Souza (o Herrera) e Rodrigo Higsberg de Góes (o Bepão), amigos há muito que estão por perto. A vida é mais divertida com vocês...

Ao André Mendes, pelas conversas no final das noites quando Araras adormece.

Às Fernanda Fazilari e Élide Fazilari, lutadoras (estrangeiras) e inquietas por uma Araras diferente. Obrigado pelo apoio, ajuda, amizade e contribuições para este trabalho.

Aos colegas do Curso de Psicologia da Uniararas.

À Profª Rosana Righetto Dias, por confiar no meu trabalho e me lançar nos caminhos da docência.

Ao Carlos Henrique Batista (Carlinhos), meu amigo, pelo carinho e atenção ao abrir as portas de sua casa para me receber.

À Dona Terezinha (mãe do Carlinhos) pela hospitalidade.

À Kátia Maria de Souza, pela energia, incentivo e apoio constantes.

À Kátia Kapucci, Andréa Rosa e Cláudia Beltram do Valle, pelas trocas na dureza do trabalho na saúde mental paulistana e apoio a esse trabalho

À Ana Carolina Nava (a Aninha)

Ao meu irmão Marcos Henrique Pitoli (o Mano). Quando surge, traz, com sua bagagem, momentos de alegria dos “velhos” tempos. Valeu! Venha sempre que puder...

Aos meus queridos pais, Jorge Pitoli e Sônia Regina Rodrigues Pitoli. Em todos os caminhos que percorro na vida sempre estiveram por perto.

Por fim,

*à Rita, luz, refúgio, encanto das manhãs, companheira no amor e na vida. Nas trilhas
tortuosas transforma com seu afago os tons da realidade e na quietude das manhãs me lança
a exalar uma vida efetivamente colorida.*

EPÍGRAFE

Criar uma nova cultura não significa apenas fazer individualmente descobertas “originais”; significa também, e sobretudo, difundir criticamente verdades já descobertas, “socializá-las” por assim dizer; e, portanto, transformá-las em base de ações vitais, em elemento de coordenação e de ordem intelectual e moral. O fato de que uma multidão de homens seja conduzida a pensar coerentemente e de maneira unitária a realidade presente é um fato “filosófico” bem mais importante e original do que a descoberta, por parte de um “gênio” filosófico, de uma nova verdade que permaneça como patrimônio de pequenos grupos de intelectuais

Antonio Gramsci

Pitoli JP. "Habitar" Institucional: considerações sobre processos de institucionalização de vidas no hospital psiquiátrico. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010

RESUMO

Essa pesquisa qualitativa tomou como objeto de estudo o universo dos moradores e moradoras ararenses do hospital psiquiátrico Antonio Luis Sayão, sob gestão estadual, localizado na cidade de Araras, no interior do Estado de São Paulo. A finalidade é indicar mecanismos para o início de processos de desinstitucionalização dessas pessoas. Os objetivos foram: a) identificar, por meio do Questionário do Censo Psicossocial dos Moradores em Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo, os moradores e moradoras nascidas no município e que vivem no interior do hospital; b) investigar, por meio dos dados objetivos e os da impressão dos pesquisadores, quem são, seus recursos e possibilidades; c) propor, a partir da análise dos dados, estratégias de desinstitucionalização, para operacionalização pelo gestor local, se for oportuno. São sujeitos do estudo seis mulheres e cinco homens, cujo tempo de permanência no hospital variou de dez a trinta anos e preenchem os critérios: a) ser natural de Araras; b) familiar ter residência em Araras; c) possuir curador ou procurador e d) estar sob internação involuntária. A pergunta que orientou o estudo foi: Por quê pessoas que possuem renda e familiares no município, sob internação involuntária, permanecem institucionalizadas? As bases teóricas de referência sustentam-se na perspectiva da Desinstitucionalização e da Reforma Psiquiátrica. Os dados empíricos foram obtidos por meio dos Questionários preenchidos por pesquisadores do Censo Psicossocial, após autorização da Área Temática de Saúde Mental do Grupo Técnico de Ações Estratégicas da Secretaria de Estado de Saúde. Os resultados demonstram que os moradores e moradoras vivem amplo processo de institucionalização, despertecimento e apartamento social. As vidas são apropriadas pelo cotidiano e lógica asilar, os direitos fundamentais de cidadania são permanentemente violados: entre os que têm necessidades específicas, como deficiência física ou mental e entre os que têm e os que não têm diagnóstico psiquiátrico. Todos estão sob curatela e recebem renda administrada por terceiros, sem acesso ao dinheiro. Como resposta às *necessidades, possibilidades e recursos* dessas pessoas, esse estudo recomenda a execução imediata das Diretrizes das Políticas Públicas de Saúde Mental do Ministério da Saúde, das recomendações do Censo Psicossocial no Estado de São Paulo e do Plano Estadual de Saúde 2008-2011 da Secretaria de Saúde de São Paulo e desenha um Projeto de Desinstitucionalização (duas Residências Terapêuticas) para estas pessoas, atendendo suas características e as características do município de Araras.

PALAVRAS-CHAVE: Desinstitucionalização 2. Hospitais psiquiátricos 3. Saúde mental 4. Políticas públicas

Pitoli JP. Institutional "Inhabitation": Considerations on the processes of institutionalization of *lives* in the psychiatric hospital [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010

ABSTRACT

This qualitative research took as its object of study the universe of Araras residents of the Antonio Luis Sayão psychiatric hospital, under state management, located in the city of Araras in the State of São Paulo. The purpose is to specify mechanisms for the initiation of processes of deinstitutionalization of these people. The objectives were: a) to identify, through the Psychosocial Census Questionnaire of Psychiatric Hospital Residents in the State of São Paulo, the residents born in the city and who live within the hospital; b) to investigate, through objective data and the researchers' printing, who they are, their resources and capabilities; c) to propose from the data analysis some strategies of deinstitutionalization, which can be implemented by the local manager, if appropriate. Study subjects are six women and five men, whose time spent in the hospital has ranged from ten to thirty years and meet the following criteria: a) are a native of Araras; b) have a family residence in Araras; c) possess a trustee/proxy and d) is under involuntary admission. The question that guided the study was: Why do people with income and family, under involuntary admission, remain institutionalized? The theoretical bases of reference are maintained in the perspective of Deinstitutionalization and Psychiatric Reform. Empirical data were obtained through questionnaires filled out by Psychosocial Census researchers after authorization by the Secretary of the Ministry of Health's Technical Actions Group in the Thematic Area of Mental Health. The results show that the residents live vast institutionalization processes, desperation and social apartment. The lives are suitable for everyday living and logical placement, the fundamental rights of citizenship are constantly violated: between those who have special needs such as physical or mental disabilities and those who have and those who do not have psychiatric diagnoses. All are under the guidance of a trustee and receive income managed by third parties without access to the money. In response to the needs, possibilities and resources of these people, this study recommends the immediate implementation of the Ministry of Health's Public Policy Guidelines for Mental Health, the recommendations of the Psychosocial Census of the State of São Paulo and the São Paulo's Health Secretary State Health Plan 2008-2011 and lays out a Deinstitutionalization Project (two therapeutic residences) for these people, given their characteristics and features of the city of Araras.

KEY WORDS: 1. Psychiatric Reform 2. Psychiatric hospital 3. Disinstitutionalization 4. Mental Health 5. Public Policies

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Território e População.....	29
Tabela 2 – Estatísticas Vitais de Saúde.....	30
Tabela 3 – Emprego e Rendimento.....	30
Tabela 4 – Economia.....	31
Tabela 5 – Condições de Vida.....	31
Tabela 6 – Habilitação e Infra-Estrutura Urbana.....	32
Tabela 7 – Educação	32
Tabela 8 Moradoras e moradores ararenses do hospital psiquiátrico indicados para o serviço residencial terapêutico 1 de Araras.....	109.
Tabela 9: Recursos e possibilidades de moradoras e moradores ararenses do hospital psiquiátrico indicados para o serviço residencial terapêutico 1 de Araras.....	110
Tabela 10: Moradoras e moradores ararenses do hospital psiquiátrico indicados para o serviço residencial terapêutico 2 de Araras.....	112
Tabela 11: Recursos e possibilidades de moradoras e moradores ararenses do hospital psiquiátrico indicados para o serviço residencial terapêutico 2 de Araras.....	112

LISTA DE SIGLAS

MTSM:	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
SUS:	Sistema Único de Saúde
ECA:	Estatuto da Criança e do Adolescente
MS:	Ministério da Saúde
CAPS:	Centro de Atenção Psicossocial
NAPS:	Núcleo de Atenção Psicossocial
GM:	Gabinete Ministerial
UPHG:	Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais
PNASH:	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
NOBS:	Normas Operacionais Básicas de Saúde
NOAS:	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
DRS:	Departamento Regional de Saúde
GTAE:	Grupo Técnico de Ações Estratégicas da Secretária de Estado da Saúde de São Paulo
SES – SP:	Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo
RT:	Residência Terapêutica
PVC:	Programa de Volta para Casa
PPD:	Pessoa Portadora de Deficiência
SEADE:	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados do Estado de São Paulo
PSF:	Programa de Saúde da Família
SAMU:	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
PNAISM:	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
ONU:	Organização das Nações Unidas
PNPPD:	Política Nacional da Pessoa Portadora de Deficiência
LOAS:	Lei Orgânica da Assistência Social
SAS-MS:	Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde
DATASUS:	Banco de dados do Sistema Único de Saúde
AIH:	Autorização de Internação Hospitalar

SUMÁRIO

1.	O Trenzinho da Alegria: o disparador deste estudo.....	12
2.	Apontamentos sobre o processo de reorientação do modelo de atenção à saúde mental no Brasil	15
2.1	A função do Município na formulação e gestão das políticas de saúde mental: das responsabilidades, capacidades e atribuições para a construção da Rede de Atenção	19
3.	Objetivos do estudo	22
4.	Métodos	24
4.1	Cronologia dos acontecimentos que envolveram a realização do estudo.....	24
4.2	O Município de Araras: características populacionais, sociais e econômicas	29
4.3	O cenário do estudo	33
4.4	A fonte dos dados empíricos, os sujeitos do estudo, o instrumento, os procedimentos de coleta e análise dos dados empíricos.....	33
4.5	Bases conceituais: os caminhos da desinstitucionalização.....	36
5.	Resultados e discussões	43
5.1	O Município de Araras e o hospital psiquiátrico: das imanências históricas à expropriação de vidas	43
5.2	Quem são os ararenses que moram no hospital psiquiátrico.....	49
a.	uma Vida	49
b.	duas Vidas.....	54
c.	três Vidas	60
d.	quatro Vidas	65
e.	cinco Vidas	69
f.	seis Vidas	73
g.	sete Vidas.....	78
h.	oito Vidas.....	82
i.	nove Vidas.....	86

j.	dez Vidas, mas uma a menos	90
k.	onze Vidas.....	94
5.3	A vida fora do hospital psiquiátrico: recursos e possibilidades nos âmbitos Federal, Estadual e Local	98
a.	Âmbito federal	98
b.	Âmbito estadual.....	102
c.	Âmbito municipal: um hospital psiquiátrico no Município é um serviço paradoxal	105
5.5	A vida fora do hospital psiquiátrico: desenho de uma estratégia de desinstitucionalização para ararenses desse estudo	107
6.	“Habitar” institucional: um processo de institucionalização de VIDAS no hospital psiquiátrico.	115
7.	Referências bibliográficas	128
Anexo 1:	Questionário do Censo Psicossocial de Moradores em Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo	135
Anexo 2:	Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo	142
Anexo 3:	Carta de aprovação do Grupo Técnico de Ações Estratégicas da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.....	143
Apêndice A:	Carta de Autorização do Grupo Técnico de Ações Estratégicas da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.....	Erro! Indicador não definido.
Apêndice B:	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	144

1. O Trenzinho da Alegria: o disparador deste estudo

O trem, um dos veículos mais importantes dos últimos duzentos anos da história da humanidade, serviu como principal instrumento da Revolução Industrial, transportando pessoas, matéria-prima e o produto de seus trabalhos para regiões e terras distantes.

Seus trilhos encurtaram distâncias, ligaram cidades e países. Encurtou o tempo, quando uma outra forma de comunicação demoraria meses. Ao redor das estações ferroviárias desenvolveram-se cidades e vilas, gerando trabalho onde, até então, havia nada. Com isso, o homem pôde ampliar seus laços sociais, existenciais, e afetivos, aproximando povos e culturas. Enfim, o trem tornou-se veículo de importância política, econômica e cultural no mundo contemporâneo.

Este estudo se origina de inquietações diante de uma cena relacionada a um trem. Pois bem, o município de Araras – SP, situado a aproximadamente 170 km da capital paulista e cidade onde reside o autor, carrega uma marca.

Diariamente, um trem de propriedade do maior hospital psiquiátrico em número de moradores no Estado de São Paulo¹, carrega uma amálgama de internos pelas ruas da cidade. Loucos de toda sorte é a expressão adequada para nomear a primeira sensação diante de uma cena como essa.

Todos os dias, fora os finais de semana, logo pela manhã até o fim do dia, o “Trenzinho” da Alegria viaja pelos bairros, proferindo um largo apito que chama a atenção de qualquer munícipe.

¹ Segundo os resultados do Censo Psicossocial de Moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo, foram encontrados 6.349 pessoas moradoras em hospitais psiquiátricos no Estado. Na Clínica de Psiquiatria e Geriatria Antonio Luis Sayão, localizada em Araras, SP, de natureza filantrópica e de gestão estadual, há 538 moradores, isto é, pessoas cuja permanência no hospital é de um ano ou mais, a partir da data de 30 de novembro de 2007 (Barros, Bichaff, 2008).

No interior de seus dois vagões vermelho escuro, internos sentados com rostos arrefecidos, com trajes na forma de um “pijama” (padrão do próprio hospital) falam palavras ao léu. A todo instante são observados por profissionais, invariavelmente em pé, que trajam jaleco branco. Numa atitude a esmo, os internos cumprimentam com as mãos as pessoas pelas ruas, deixando em muitos o efeito da compaixão diante do desatino.

Alguns munícipes retribuem o aceno discretamente, outros apenas olham e outros desviam o olhar. A cena lembra a obra *Nau dos Loucos* de Bosh e recuperada por Foucault no seu livro *a História da Loucura* (2004), que denuncia a simbologia associada à loucura manifestada por meio das atitudes de esquecimento e desprezo.

No mundo capitalista, onde tempo é dinheiro e as pessoas caminham em busca de trabalho, consumo, lazer, etc., quase não resta atenção para o “Trenzinho” da Alegria que há décadas viaja pelas ruas de Araras carregando histórias, levando, trazendo e afirmando a opção do Município, no campo da saúde mental, pelo projeto assistencial e político pautado no ideário psiquiátrico, tutelar e hospitalocêntrico.

O trem, notório pela potência desenvolvimentista no mundo contemporâneo, aqui destoa com relação à sua função original.

Na origem, o veículo teve como objetivo a expansão dos horizontes da civilização. Aqui ele apenas vai e volta *sempre ao mesmo lugar, com as mesmas pessoas, carregando homens e mulheres rumo aos seus quartos inóspitos no interior do hospital psiquiátrico.*

Para um cidadão natural do Município de Araras e inquietado com as condições de vida desses conterrâneos, a situação provoca interrogações: como é a vida dos moradores nascidos em Araras nesse hospital psiquiátrico? O que desejam para si? Quais são seus projetos de vida? Desejam trabalhar, estudar, compor novos laços? Em que condições desejam viver? Como desejam habitar o mundo? Há sonhos por realizar?

O hospital psiquiátrico ocupa, no cenário moderno, o lugar privilegiado de produção de exclusão, institucionalização, abandono, violência, segregação e despertencimento social, entre outros (Barros; Bichaff, 2008) e é alvo de avaliação e controle social das políticas públicas de saúde mental no Brasil², no mesmo tempo que em Araras essa realidade ainda é fortemente presente.

O Censo Psicossocial dos Moradores em Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo demonstrou que “3150 (três mil, cento e cinquenta) pessoas expressavam o desejo de morar fora do hospital” (Barros; Bichaff, 2008, p.108). Esse estudo se interessa especialmente pelos ararenses moradores do hospital psiquiátrico local.

Desta forma, a investigação toma como *objeto de estudo* o universo dos moradores e moradoras do hospital psiquiátrico Antonio Luis Sayão, nascidos em Araras, e seus desejos, projetos, *recursos e possibilidades*.

A finalidade desse trabalho é colaborar para o aprofundamento da apreensão, sistematização e organização dos dados obtidos no Censo Psicossocial, relativos a essa população específica, e produzir elementos e mecanismos para o início de processos de desinstitucionalização dessas pessoas, na perspectiva do fortalecimento da Reforma Psiquiátrica brasileira.

² Sobre políticas públicas de saúde mental, consultar: Brasil (1988a, 1992a, 2001a, 2002a, 2002b, 2004).

2. Apontamentos sobre o processo de reorientação do modelo de atenção à saúde mental no Brasil

A partir do final dos anos 1970, no Brasil, o movimento da Reforma Sanitária apregoava mudanças

dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (Brasil, 2005a, p.1).

Por sua vez, o processo da Reforma Psiquiátrica, movimento social ativo, em permanente construção, também teve sua origem no final da década de 1970, marco do processo de redemocratização no Brasil.

Concomitante ao movimento sanitário, o processo da Reforma ganhou contornos distintos e curso próprio na superação da violência asilar, porque a crise do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico e a luta pelos direitos dos pacientes, protagonizada pelos movimentos sociais organizados, imprimiram mudanças nas políticas públicas e na organização, gestão e finalidade dos serviços de saúde (Brasil, 2005a).

Assim como a Reforma Sanitária,

a Reforma Psiquiátrica (RP) também, se configura, não apenas como mudança de um sub-setor, mas como um processo político de transformação social. O campo da saúde mental é um lugar de conflitos e disputas. Lugar do encontro do singular e do social, do eu e do outro. É, também, o lugar de confronto: das idéias de liberdade, autonomia e solidariedade contra o controle e a segregação, da inclusão e da exclusão, da afirmação da cidadania e de sua negação. Portanto, campo de lutas políticas e ideológicas que envolvem militância, protagonismos, negociações, articulações, pactuações. Assim, a Reforma Psiquiátrica é um movimento político, impregnado ética e ideologicamente e o processo de sua construção não pode ser desvinculado da luta pela transformação da sociedade (Yasui, 2006, p.26).

Do ponto de vista histórico, na década de 1980, o movimento se organizou e se fortaleceu e, nos anos 1990, se transformou em política pública de saúde (Yasui, 2006).

Dessa forma, o que era militância entre a década de 1970 até o final da década de 1980, com a derrocada da ditadura militar, a promulgação da Constituição de 1988, a conquista do Sistema Único de Saúde, SUS, em 1990, as experiências concretas substitutivas ao modelo manicomial do Centro de Atenção Psicossocial Luiz Cerqueira em São Paulo, o CAPS Itapeva (no ano de 1987), e da intervenção da Prefeitura Municipal na Casa de Saúde Anchieta em Santos (em 1989) foi adquirindo contornos políticos, teóricos e metodológicos consistentes, e conquistando o estatuto de política pública no cenário nacional³.

No ano de 1991, a Portaria SNAS/MS nº 189 alterou o financiamento das ações e serviços de saúde mental, incluiu procedimentos CAPS/NAPS, oficinas terapêuticas e atendimento grupal, sinalizando a ruptura com o modelo tradicional (Brasil, 1991).

No ano seguinte, a Portaria SAS/MS nº 224/92 somou outras diretrizes, como organização dos serviços baseada nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações; diversificação de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial; garantia da continuidade da atenção nos vários níveis de atenção; 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 e pelo controle e avaliação dos serviços prestados. Além destas diretrizes redirecionou os modelos de atenção preconizando os CAPS e NAPS como os serviços de referência à assistência à saúde mental (Brasil, 1992b).

A Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, que redefine o modelo de atenção à saúde mental no Brasil, foi aprovada doze anos após a apresentação do Projeto de Lei da Câmara

³ Sobre o processo de implantação do CAPS Itapeva e a intervenção na Casa de Saúde Anchieta em Santos ver: Goldberg (1996); Aranha e Silva, (2003); Nicácio (1994) e Kinoschita (1997).

N. 008, de 1991, (3.657/89 - CD), do Deputado Federal Paulo Delgado (PT-MG) (Brasil, 2004).

A Lei da Reforma Psiquiátrica, no seu Art. 2, Parágrafo Único, define os direitos das pessoas com experiência de sofrimento psíquico, fato distintivo na história da atenção à saúde mental no país, que são:

- 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.** (Brasil, Lei 10.216, Artº 2, 2001a) (Grifo nosso).

No Art. 3º é atribuída ao Estado a função de “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”, enfatizando que a atenção “será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais” (Brasil, 2001a).

Em 2002, a Portaria GM nº 336 ampliou a competência dos serviços de atenção diária, os CAPS, estabelecendo portes diferenciados a partir de critérios populacionais e serviços específicos para atenção ao uso prejudicial de álcool e drogas e para a infância e adolescência, e definiu que os serviços devem ser organizados em Redes de atenção e na perspectiva da ação territorial (Brasil, 2002c).

Dessa forma, a Reforma Psiquiátrica, processo vivo, em permanente transformação, se constrói e constrói, a partir das práticas concretas, das Conferências de Saúde Mental e de fóruns específicos, diretrizes políticas para o campo da saúde mental. Consoante o SUS, cabe aos gestores, nas três esferas de governo – União, Estados e Municípios – responsabilizar-se pela formulação e implementação de diretrizes e normativas, de acordo com as necessidades, exigência e cultura locais⁴.

Para que este intento ganhe sustentação política e técnica, aos Municípios é atribuída a função estratégica de gestão das políticas locais em consonância com as orientações ministeriais.

Segundo o Relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, a efetivação da Reforma Psiquiátrica

requer agilidade no processo de superação dos hospitais psiquiátricos e a concomitante criação da rede substitutiva que garanta o cuidado, a inclusão social e a emancipação das pessoas portadoras de sofrimento psíquico. Nesta perspectiva é necessário que os Municípios desenvolvam [...] políticas de saúde mental mediante a implementação de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, territorializados e integrados à rede de saúde que realize ações de proteção, promoção, prevenção, assistência e recuperação em saúde mental (Brasil, 2002a, p.23).

⁴ O atual modelo de atenção à saúde mental, em Rede, prevê: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG), a inclusão de ações da saúde mental na Atenção Básica, políticas de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, o Programa De Volta Para Casa, os Serviços Residenciais Terapêuticos, avaliação contínua dos hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH/ Psiquiatria. Ver: Brasil (2004).

2.1 A função do Município na formulação e gestão das políticas de saúde mental: das responsabilidades, capacidades e atribuições para a construção da Rede de Atenção

Alinhada aos princípios do Sistema Único de Saúde, o SUS, “a gestão da política de saúde mental é tarefa complexa, descentralizada, com diversos níveis de decisão e de controle social” (Brasil, 2007a, p. 09).

Com a promulgação da Lei do SUS nº 8.080, em 1990, e a descentralização político-administrativa da gestão da saúde, a esfera municipal é a principal organizadora da Rede de Saúde, tornando-se, assim, uma ferramenta para o avanço do próprio SUS (Brasil, 1990a).

No Capítulo V – Da competência e das atribuições, Seção II, Art. 18, Inciso I, compete ao Município, dentre outros, “planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde” (Brasil, 1990a).

A função estratégica, de orientador das políticas de saúde, do gestor municipal do SUS é destacada na relação com os serviços privados contratados, na celebração de contratos e convênios (respeitado o Art. 26º, que trata do estabelecimento de critérios, valores e parâmetros assistenciais pelo gestor nacional), controle, avaliação e fiscalização de prestadores privados pelo gestor local.

O gestor do sistema municipal tem as atribuições de:

1. analisar as necessidades de serviços;
2. realizar o planejamento e a programação operacional dos serviços de saúde em seu território (próprios, outros públicos e contratados);
3. executar ações de controle e avaliação dos serviços públicos e contratados;
4. contratar os serviços privados, em base ao disposto pelo Governo Federal, quando o setor público for insuficiente para satisfazer as necessidades de serviços;
5. gerenciamento e execução dos serviços públicos de saúde, para o atendimento à própria população e para aquela referenciada ao sistema municipal na base de acordos específicos definidos no PDR e PPI;

6. sendo o nível mais próximo ao cidadão, o nível municipal é também responsável pelas ações de orientação aos usuários sobre o acesso e o uso dos serviços;
7. realizar investimentos voltados para a redução das desigualdades/iniqüidades no território municipal;
8. Participar do planejamento regional/estadual: contribuindo na elaboração do Plano Diretor de Regionalização, PPI e Plano de Investimentos; recebendo informações sobre os serviços realizados para a população do próprio município por outros serviços localizados fora do território municipal, conforme ao desenho regionalizado da rede, participar da formulação das políticas de saúde estaduais e nacionais através da presença de representantes municipais na CIB e CIT (Souza, 2002, p.40).

Ainda segundo Souza (2003), o SUS apresenta diversos desafios, desde a sua consolidação, e uma das estratégias adotadas para a superação deles, no decorrer dos anos, foi a formulação das Operacionais Básicas de Saúde (NOBS) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS).

A Norma Operacional Básica, em 1996 (NOB SUS/96), definiu “a gestão de todo o sistema municipal é, necessariamente, da competência do poder público e, exclusiva, desta esfera de governo” (Brasil, 1997, p. 08).

As NOBS são ferramentas para a regulação dos processos de descentralização no SUS e têm servido para orientar a divisão de responsabilidades entre União, Estados e Municípios, a relação entre os três entes do governo e os mecanismos de financiamento (Oliveira, 2003).

Assim, os Municípios têm uma função estratégica na construção de políticas públicas em saúde mental, cabendo aos gestores da esfera federal e estadual

oferecer apoio e acompanhamento ao processo de municipalização na saúde mental, responsabilizando **o gestor municipal** pela implantação das propostas, considerando que a Reforma Psiquiátrica acontece fundamentalmente no município (Brasil, 2002a, p.30) (Grifo nosso).

Uma vez que a esfera municipal tem mandato para implementar políticas de saúde mental alinhadas ao SUS, para o caso dos moradores dos hospitais psiquiátricos de São Paulo, tal autonomia de gestão é crucial.

O Censo Psicossocial de Moradores em Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo revelou que 3.150 (três mil, cento e cinquenta) pessoas expressam desejo de morar fora do hospital e “isto nos sugere que a voz a ser ouvida é a do morador e o diálogo passa a ser com o gestor local que pode responder a este desejo de viver em liberdade” (Barros; Bichaff, 2008, p.108).

O Município de Araras abriga um macro hospital com 619 (seiscentos e dezenove) leitos SUS, e destes, 538 (quinhentos e trinta e oito) são ocupados por moradores há mais de um ano.

Desses moradores em hospitais psiquiátricos no Estado de São Paulo, 54 (cinquenta e quatro) moraram no Município pela última vez antes de serem internados, 35 (trinta e cinco) têm naturalidade ararense e 29 (vinte e nove) são ararenses que moram na Clínica Sayão (Barros; Bichaff, 2008).

Por quê os 54 (cinquenta e quatro) moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo provenientes de Araras e, em particular, os 29 (vinte e nove) que moram na Clínica Sayão, devem permanecer no hospital quando há dispositivos técnicos, teóricos e financeiros, orientados pelas políticas públicas de saúde do Sistema Único de Saúde brasileiro, que possibilitariam uma vida mais digna para eles e elas? Teriam os gestores locais a possibilidade de transformar tal realidade e pagar um dívida social histórica?

Este estudo pretende contribuir com a proposição, para o nível local, de estratégias de desinstitucionalização dos ararenses moradores e moradoras no hospital psiquiátrico e para a desconstrução da cultura afirmativa que o imaginário coletivo ararense estabelece com o manicômio local (Pitoli, 2005).

3. Objetivos do estudo

Esse estudo nasceu, dada a condição do autor de conterrâneo desses moradores e moradoras, da idéia de aprofundar o contato direto, presencial e profissional, com as pessoas moradoras do hospital psiquiátrico local e adicionar elementos aos Dados do Censo Psicossocial, realizado no Estado de São Paulo em 2008, para a aprofundar, agora de forma especular, o reconhecimento dos seus *recursos e possibilidades*⁵.

Deste modo, os objetivos iniciais do estudo eram:

- a. Identificar, no interior do hospital psiquiátrico de Araras, as pessoas nascidas no Município;
- b. Conhecer-las e investigar quem são, seus *recursos, possibilidades, sonhos e necessidades*;
- c. Apreender aspectos da subjetividade que não puderam ser perscrutados no Censo Psicossocial;
- d. Propor, a partir da análise individualizada dos *recursos e possibilidades* das pessoas, estratégias de desinstitucionalização;
- e. Disponibilizar ao gestor local de saúde, para operacionalização, se for oportuna, a proposta de desinstitucionalização, a partir dos dados analisados e sistematizados.

Os objetivos foram redimensionados em função dos acontecimentos relatados no Capítulo 3, dos Métodos, Item Cronologia dos acontecimentos que envolveram a realização do estudo.

Assim, os objetivos desse estudo passaram a ser:

⁵ Este estudo utiliza a conceituação trabalhada no Censo Psicossocial. Dessa forma, entende-se por recursos “os bens materiais e imateriais que os moradores portam, e como possibilidades toda estratégia ou ação que será ativada e potencializada para responder às necessidades dessas pessoas” (Barros; Bichaff, 2008, p.94).

- a. Identificar, no interior do hospital psiquiátrico de Araras, as pessoas nascidas no Município, por meio do Questionário do Censo Psicossocial dos Moradores em Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo, elaborado pelo Grupo Técnico de Ações Estratégicas da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (Anexo 1);
- b. Investigar, por meio dos dados objetivos e dos dados, por meio da impressão dos pesquisadores, quem são, seus *recursos* e *possibilidades*;
- c. Propor, a partir da análise dos dados e em diálogo com as políticas públicas, estratégias de desinstitucionalização para essas pessoas;
- e. Disponibilizar ao gestor local de saúde, para operacionalização, se for oportuna, a proposta de desinstitucionalização, a partir dos dados analisados e sistematizados.

4. Métodos

4.1 Cronologia dos acontecimentos que envolveram a realização do estudo

O Projeto de Qualificação foi aprovado pela Banca Examinadora, submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Anexo 2).

Após a aprovação, o Projeto de Pesquisa foi encaminhado à Área Técnica de Saúde Mental, do Grupo Técnico de Ações Estratégicas (GTAE) da Secretária de Estado da Saúde de São Paulo, com o objetivo de ter acesso ao universo dos moradores e moradoras ararenses da Clínica Sayão, por meio do Banco de Dados do Censo Psicossocial (fonte primária dos dados), e dos Questionários (fonte dos dados empíricos), que permitissem a delimitação dos critérios para seleção dos sujeitos da pesquisa.

O Projeto foi aprovado pela Assessoria Técnica de Gabinete, pela Coordenação do GTAE e pela Coordenação da Área Técnica de Saúde Mental do GTAE/CPS/SES-SPO (Anexo 3).

O GTAE forneceu a relação dos moradores e moradoras nascidas em Araras (SP), o que possibilitou a definição dos critérios (descritos adiante, no Item Fonte dos dados empíricos e sujeitos do estudo) para a escolha dos sujeitos do estudo.

No primeiro contato, por telefone, realizado com a Direção Administrativa do hospital, para solicitação de acesso aos sujeitos da pesquisa, obteve-se a informação que o estudo era objeto de apreciação da Direção Clínica do hospital.

A Administração Clínica do hospital solicitou um pedido por escrito de acesso aos moradores e moradoras. Sendo assim, foram enviados ao hospital os seguintes documentos:

- a. Projeto de Pesquisa e Parecer de Aprovação do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo;
- b. Lista dos moradores e moradoras ararenses, oferecida pelo GTAE;
- c. Carta de solicitação dos pesquisadores responsáveis para entrevistar os moradores e moradoras definidas para o estudo;
- d. Carta de aprovação da Área Técnica de Saúde Mental, do Grupo de Ações Estratégicas (GTAE), da Secretaria de Estado da Saúde autorizando o estudo e apontando a relevância científica e social para os avanços dos processos de desinstitucionalização.

Os documentos foram entregues, junto com a solicitação do Parecer da instituição para a autorização da continuidade do estudo. Após a entrega dos documentos obteve-se, por telefone, informação que foram encaminhados ao Comitê de Ética da instituição para emissão de Parecer.

Concomitantemente, e de posse desses documentos, o hospital psiquiátrico de Araras sofreu intervenção da Área Técnica de Saúde Mental do Grupo de Ações Estratégicas (GTAE) da Secretaria de Estado da Saúde (SES-SP), com a transferência de moradores com quadros neurológicos para um hospital próprio da Secretaria de Estado de Saúde, na cidade de Lins, SP.

A Direção Clínica do hospital foi contrária à intervenção, mobilizou a imprensa local, os familiares das pessoas transferidas, Poder Executivo e Legislativo do Município, como protesto e repúdio à ação da Secretaria de Estado da Saúde e ao Departamento Regional de Saúde (DRS X) Piracicaba.

Segundo o noticiário local⁶, a transferência dos pacientes, com necessidades neurológicas específicas, para hospital especializado, agravou a “situação financeira da entidade que, quando conveio ao Estado, foi mantida e incentivada a se aprimorar e agora é como uma “apunhalada” com medidas arbitrárias”.

Ainda segundo a reportagem, o governo estadual e federal não vêm construindo adequadamente políticas públicas de saúde mental, mas tomando medidas truculentas, como no caso de Araras, desmontando e prejudicando os hospitais psiquiátricos em funcionamento, sendo injusta tal ação e prejudicial à sociedade⁷.

A Direção do hospital psiquiátrico promoveu intensa mobilização na cidade nas semanas que sucederam à intervenção. Os veículos de comunicação, a TV local, a imprensa escrita e falada, serviram de espaço de crítica e repúdio à ação da Secretaria de Estado da Saúde e ao DRS X – Piracicaba.

O plenário da Câmara Municipal de Araras (SP) ficou repleto de manifestantes em Sessão Ordinária, realizada no dia 23 de Novembro de 2009, para protestar contra a Secretaria de Estado da Saúde. A Direção Clínica, funcionários e familiares, tomaram como arbitrária a ação do DRS X Piracicaba.

O Presidente da Clínica Sayão ocupou a Tribuna Livre da Sessão Camarária para expor a situação ao Legislativo e para a sociedade ararense. Apresentou à população indignação e repúdio às medidas tomadas, na tentativa de reverter a situação dos pacientes, “agora internados longe dos familiares”.

⁶ Para ter acesso às notícias:

<http://www.tribunadopovo.com.br/Cidade/ESTADO+TRANSFERE+27+PACIENTES+DA+CLINICA+SAYAO+PARA+LINS.html>

<http://www.tribunadopovo.com.br/Cidade/CLINICA+SAYAO+CRITICA+ESTADO+E+NEGA+FALTA+DE+LEITO.html>

<http://www.tribunadopovo.com.br/Política/MANIFESTANTES+LOTAM+CAMARA+EM+PROTESTO+A+TRANSFERENCIA+DE+PACIENTES+DA+CLINICA+SAYAO.html>

⁷Editorial. O Futuro da Clínica Sayão. Jornal Tribuna do Povo. [periódico na internet] Araras (SP). 2009 nov 26. [citado 2009 nov 26].

Disponível em: <http://www.tribunadopovo.com.br/Editorial/O+FUTURO+DA+CLINICA+SAYAO.html>

O Presidente da Clínica, o prefeito interino e o prefeito afastado se manifestaram a favor do hospital. Todos os vereadores se comprometeram em enviar moções às várias esferas do Governo do Estado de São Paulo, assinadas em conjunto, como forma de protesto. Apoiaram o movimento e as manifestações que visavam regularizar a situação dos pacientes transferidos, trazendo-os de volta a Araras⁸.

Neste contexto turbulento, vários contatos foram tentados com o hospital psiquiátrico em busca do Parecer, favorável ou não, com relação à permissão para a coleta de dados junto aos moradores e moradoras, sujeitos do estudo.

O relatado, por telefone, foi que a Direção do hospital não podia emitir o Parecer naquele momento pois estava empenhada em sanar as conseqüências, junto aos órgãos públicos competentes, da intervenção realizada pela Secretaria de Estado de São Paulo.

A Administração da instituição ainda alertou que o Projeto de Pesquisa poderia passar por problemas para ser aprovado pelo Comitê de Ética do hospital, já que um documento apresentado possuía a assinatura e aprovação da Coordenação da Área Técnica de Saúde Mental do GTAE/CPS/SES-SPO, órgão competente e gestor responsável direto pela transferência dos pacientes. A Clínica afirmou que não tinha previsão de resposta.

Sem a previsão de resposta do Parecer, favorável ou não, do hospital e com prazo definido para a finalização desse Relatório de Pesquisa, optou-se por substituir a fonte dos dados empíricos, ou seja, ao invés de entrevistar os moradores e moradoras, os sujeitos informantes seriam os familiares.

A avaliação feita nesse cenário foi de manter os objetivos, tal como aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP, mas tendo como fonte primária dos dados empíricos os familiares dos moradores.

⁸ Disponível em:

<http://www.camara-araras.sp.gov.br/goto/store/textos.aspx?SID=8fa1cb2684ad655c43ae0fc22c9a8088&id=1440>
Acesso em 10.04.2010.

Desta forma, solicitou-se ao interlocutor da Clínica os endereços desses familiares. O argumento oferecido ao hospital foi a necessidade de avançar na coleta de dados e na finalização do Relatório de Pesquisa. O interlocutor da instituição pediu uma solicitação por escrito, que passaria pela análise do Comitê de Ética do hospital. Assim, nova Carta de Solicitação foi entregue requerendo os endereços dos familiares.

Após o envio do documento, semanalmente foram tentados contatos telefônicos com a Clínica solicitando o Parecer. Em todos os contatos era relatado pela Administração do hospital que não seria possível elaborar o Parecer, porque permaneciam à procura de soluções com relação à transferência dos pacientes neurológicos.

Durante um período de 75 dias, semanalmente, procurou-se contato com o hospital, mas não se obteve o Parecer.

Diante dessa situação insolúvel, e com orientação metodológica de um membro da Banca de Qualificação, solicitou-se ao GTAE acesso aos Questionários das pessoas ararenses moradoras no hospital, que foram preenchidos por pesquisadores do Censo e que seriam a fonte primária dos dados empíricos. Essa orientação metodológica foi a única possibilidade de acesso aos dados empíricos, em razão do tempo disponível para o depósito deste estudo.

4.2 O Município de Araras: características populacionais, sociais e econômicas

Esse estudo tem por objetivo produzir conhecimentos sobre a vida de pessoas apartadas do cenário social no solo em que iniciaram suas vidas, por isso faz-se necessária a descrição das características do Município, que podem servir de norteadores para processos de desinstitucionalização.

Araras localiza-se na região Centro-Leste do Estado.

Os dados disponibilizados pela Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados do Estado de São Paulo (SEADE) sobre as características do território e população são as seguintes:

Território e População	Ano	Município	Reg. Gov.	Estado
Área (Em km ²)	2009	643,46	2.941,00	248.209,43
População	2009	117.044	631.722	41.633.802
Densidade Demográfica (Habitantes/km ²)	2009	181,90	214,80	167,74
Taxa Geométrica de Crescimento Anual da População - 2000/2009 (Em % a.a.)	2009	1,32	1,40	1,33
Grau de Urbanização (Em %)	2009	95,87	95,58	93,76
Índice de Envelhecimento (Em %)	2009	56,87	51,95	46,65
População com Menos de 15 Anos (Em %)	2009	20,47	21,49	23,17
População com 60 Anos e Mais (Em %)	2009	11,64	11,17	10,81
Razão de Sexos	2009	98,72	98,32	95,65

Fonte: <http://www.seade.gov.br>

Os dados sócio-epidemiográficos de Araras mostram indicadores sempre melhores que o Estado:

Estatísticas Vitais e Saúde	Ano	Município	Reg. Gov.	Estado
Taxa de Natalidade (Por mil habitantes)	2008	12,90	13,16	14,63
Taxa de Fecundidade Geral (Por mil mulheres entre 15 e 49 anos)	2008	45,52	46,41	51,76
Taxa de Mortalidade Infantil (Por mil nascidos vivos)	2008	12,06	10,60	12,56
Taxa de Mortalidade na Infância (Por mil nascidos vivos)	2008	12,06	12,06	14,56
Taxa de Mortalidade da População entre 15 e 34 Anos (Por cem mil habitantes nessa faixa etária)	2008	131,03	113,45	120,75
Taxa de Mortalidade da População de 60 Anos e Mais (Por cem mil habitantes nessa faixa etária)	2008	3.530,13	3.586,74	3.657,01
Mães Adolescentes (com menos de 18 anos) (Em %)	2008	7,38	8,01	7,13
Mães que Tiveram Sete e Mais Consultas de Pré-natal (Em %)	2008	88,23	76,68	76,89
Partos Cesáreos (Em %)	2008	76,93	53,55	56,69
Nascimentos de Baixo Peso (menos de 2,5kg) (Em %)	2008	7,85	8,33	9,03
Gestações Pré-termo (Em %)	2008	7,90	7,48	8,27

Fonte: <http://www.seade.gov.br>

Sobre as condições de trabalho e rendimento, renda *per capita* está acima de dois salários mínimos em todos os setores:

Emprego e Rendimento	Ano	Município	Reg. Gov.	Estado
Participação dos Vínculos Empregatícios na Agropecuária no Total de Vínculos (Em %)	2008	11,45	8,07	3,20
Participação dos Vínculos Empregatícios na Indústria no Total de Vínculos (Em %)	2008	33,02	37,88	23,46
Participação dos Vínculos Empregatícios na Construção Civil no Total de Vínculos (Em %)	2008	7,13	3,48	4,39
Participação dos Vínculos Empregatícios no Comércio no Total de Vínculos (Em %)	2008	17,99	19,76	19,01
Participação dos Vínculos Empregatícios nos Serviços no Total de Vínculos (Em %)	2008	30,42	30,81	49,93
Rendimento Médio nos Vínculos Empregatícios na Agropecuária (Em reais correntes)	2008	1.334,33	886,23	876,36
Rendimento Médio nos Vínculos Empregatícios na Indústria (Em reais correntes)	2008	1.723,40	1.604,09	1.975,31
Rendimento Médio nos Vínculos Empregatícios na Construção Civil (Em reais correntes)	2008	1.205,24	1.051,98	1.297,33
Rendimento Médio nos Vínculos Empregatícios no Comércio (Em reais correntes)	2008	1.016,83	1.019,06	1.211,80
Rendimento Médio nos Vínculos Empregatícios nos Serviços (Em reais correntes)	2008	1.206,38	1.300,20	1.771,40
Rendimento Médio no Total de Vínculos Empregatícios (Em reais correntes)	2008	1.357,56	1.317,76	1.663,36

Fonte: <http://www.seade.gov.br>

Com relação aos dados sobre a participação econômica do Município no Estado de São Paulo, observa-se baixa participação no PIB do Estado:

Economia	Ano	Município	Reg. Gov.	Estado
Participação nas Exportações do Estado (Em %)	2008	0,345268	1,381685	100,000000
Participação da Agropecuária no Total do Valor Adicionado (Em %)	2007	3,55	4,25	1,97
Participação da Indústria no Total do Valor Adicionado (Em %)	2007	28,94	34,59	29,62
Participação dos Serviços no Total do Valor Adicionado (Em %)	2007	67,52	61,17	68,41
PIB (Em milhões de reais correntes)	2007	2.099,76	11.672,77	902.784,27
PIB per Capita (Em reais correntes)	2007	19.318,96	19.513,97	22.667,25
Participação no PIB do Estado (Em %)	2007	0,232587	1,292975	100,000000

Fonte: <http://www.seade.gov.br>

Por outro lado, no Índice Paulista de Responsabilidade Social, encontra-se entre os Municípios com nível elevado de riqueza e bons níveis nos indicadores sociais:

Condições de Vida	Ano	Município	Reg. Gov.	Estado
Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS - Dimensão Riqueza	2004	48	46	52
	2006	50	47	55
Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS - Dimensão Longevidade	2004	74	72	70
	2006	72	73	72
Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS - Dimensão Escolaridade	2004	57	54	54
	2006	68	66	65
Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS	2004	Grupo 1 - Municípios com nível elevado de riqueza e bons níveis nos indicadores sociais		
	2006	Grupo 1 - Municípios com nível elevado de riqueza e bons níveis nos indicadores sociais		
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDHM	2000	0,828	...	0,814
Renda per Capita (Em salários mínimos)	2000	2,48	2,40	2,92
Domicílios com Renda per Capita até 1/4 do Salário Mínimo (Em %)	2000	2,56	3,42	5,16
Domicílios com Renda per Capita até 1/2 do Salário Mínimo (Em %)	2000	6,94	8,83	11,19

Fonte: <http://www.seade.gov.br>

No tocante às condições de habitação, infra-estrutura e educação, o SEADE aponta índice de analfabetismo superior ao Estado e boas condições de infraestrutura:

Habituação e Infra-estrutura Urbana	Ano	Município	Reg. Gov.	Estado
Domicílios com Espaço Suficiente (Em %)	2000	90,72	88,84	83,16
Domicílios com Infra-estrutura Interna Urbana Adequada (Em %)	2000	99,37	98,53	89,29
Coleta de Lixo - Nível de Atendimento (Em %)	2000	99,93	99,61	98,90
Abastecimento de Água - Nível de Atendimento (Em %)	2000	99,93	99,39	97,38
Esgoto Sanitário - Nível de Atendimento (Em %)	2000	99,48	98,68	85,72
Esgoto Sanitário Tratado (Em %)	2003	100	NA	NA
Lixo Domiciliar/Comercial Destinado a Formas Sanitariamente Recomendáveis (Em %)	2003	30	NA	NA
Educação	Ano	Município	Reg. Gov.	Estado
Taxa de Analfabetismo da População de 15 Anos e Mais (Em %)	2000	7,01	7,13	6,64
Média de Anos de Estudos da População de 15 a 64 Anos	2000	7,30	7,19	7,64
População de 25 Anos e Mais com Menos de 8 Anos de Estudo (Em %)	2000	59,94	60,50	55,55
População de 18 a 24 Anos com Ensino Médio Completo (Em %)	2000	42,56	38,65	41,88

Fonte: <http://www.seade.gov.br>

Até a década de 1990, antes do período de redemocratização no Brasil, a cidade ganhou notoriedade no cenário nacional em face de sua administração, somando congratulações no decorrer da história:

- Município de maior progresso no Brasil (1954 e 1955)
- Município agrícola modelo do Brasil (1966, 1967 e 1968)
- Município modelo do Estado de São Paulo (1967)
- Município de maior desenvolvimento do Brasil (1981, 1985, 1986, 1987, 1989 e 1991).

O Município conta com dois centros universitários privados e o campus da Faculdade de Agronomia da Universidade Federal de São Carlos. Essas instituições oferecem cursos de graduação e de pós-graduação em diversas áreas. Nas instituições privadas de ensino superior há clínicas e serviços de atendimento à comunidade.

Em síntese, os indicadores de qualidade de vida sugerem que o Município conta com boa estrutura econômica, sanitária e habitacional, que podem favorecer a implantação de políticas públicas específicas para populações em vulnerabilidade social, como é o caso dos sujeitos desse estudo.

4.3 O cenário do estudo

O cenário do estudo é a Clínica de Psiquiatria e Geriatria Antônio Luis Sayão, localizada à Av. Padre Alarico Zacarias, nº 1253, Jardim Belvedere, CEP: 13601-200, do Município de Araras, São Paulo, pertencente ao X Departamento Regional de Saúde, com sede em Piracicaba, São Paulo, onde moram os sujeitos desse estudo.

4.4 A fonte dos dados empíricos, os sujeitos do estudo, o instrumento, os procedimentos de coleta e análise dos dados empíricos

A fonte documental são jornais e uma publicação de época que documentam o processo de idealização, planejamento, execução e construção do hospital psiquiátrico. Esses dados auxiliaram a análise sobre a representação que o hospital tem no imaginário ararense e como ele passou a ser associado a progresso, desenvolvimento e modernidade (Capítulo 4, Item 4.1 O município de Araras e o hospital psiquiátrico: das imanências históricas à expropriação de vidas).

A fonte primária dos dados foi o Banco de Dados do Censo Psicossocial, onde obteve-se o número de 35 (trinta e cinco) pessoas nascidas em Araras que moram em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo (Barros; Bichaff, 2008).

Após solicitação do pesquisador, junto com a apreciação favorável do Projeto de Pesquisa pelo GTAE da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, foi disponibilizada ao estudo uma planilha de programa Excel dos 29 (vinte e nove) ararenses que moram no hospital psiquiátrico local, contendo os seguintes dados:

- a. nome do morador;
- b. número do prontuário do morador;
- c. número do questionário utilizado pelo entrevistador no Censo Psicossocial;

- d. sexo do morador;
- e. data de internação;
- f. cidade onde residiu;
- g. município do familiar;
- h. visita familiar (sim ou não);
- i. Município da Residência Terapêutica (RT);
- j. Departamento Regional de Saúde (DRS) correspondente à possível implantação das Residências Terapêuticas (RTs);
- k. Diagnóstico Psiquiátrico;
- l. Doenças Crônicas associadas;
- m. Deficiências.

De posse dos dados e obedecendo aos objetivos do estudo, a pergunta que orientou a pesquisa foi: por que as pessoas nascidas em Araras (SP), cujo familiar reside no Município, que possui renda, curador e/ou procurador e a internação se deu de forma involuntária, ainda se encontram no hospital?

Assim, foram elencados os seguintes critérios para a delimitação dos sujeitos do estudo:

- a. moradores (as) nascidos (as) em Araras (SP);
- b. moradores (as) cuja residência do familiar seja também Araras (SP);
- c. moradores (as) que possuem curador/procurador;
- d. moradores (as) cuja internação se deu de forma involuntária;
- f. moradores (as) que possuem renda.

Diante desses critérios, chegou-se a 05 (cinco) homens e 06 (seis) mulheres, que são os sujeitos desse estudo.

O estudo respeitou todas as etapas e procedimentos éticos para pesquisa com seres humanos.

O Questionário do Censo Psicossocial forneceu dados utilizados para descrever a vida e o cotidiano das pessoas na instituição: identificação, dados clínicos e psiquiátricos, situação jurídica, dados sócio-econômicos, formas de auto-cuidado, vínculos sociais, formas de participação no contexto institucional.

A análise dos dados empíricos se apoiou nas informações *qualitativas* que constam da 3ª Parte do Questionário, Item K, relacionadas à Impressão do Pesquisador, do Usuário e da Equipe do hospital e utilizou as categorias *recursos* e *possibilidades*, para a proposição das estratégias de desinstitucionalização.

4.5 Bases conceituais: os caminhos da desinstitucionalização

Para o intento deste trabalho, a perspectiva teórica da experiência italiana de desinstitucionalização é a mais coerente.

A crítica basagliana às concepções da psiquiatria clássica ou biológica, em que a ênfase da intervenção recai nos aspectos diagnósticos, prognósticos e de retorno à “normalidade perdida” de sujeitos afetados pelo sofrimento psíquico, atenta para o fato que processos sociais e econômicos envolvem a experiência do sofrimento psíquico e imprimem marcas excludentes, segregatórias e de expropriação subjetiva das pessoas.

Segundo Saraceno (2001a, p. 68) “o louco de Basaglia seria, antes de tudo, um sujeito social condenado a uma progressiva perda de contratualidade não só afetiva, mas social, econômica e civil”.

Deste modo, da perspectiva basagliana, a “doença mental” não se caracteriza como o agente - por si só - que pré-determina o prognóstico de um quadro diagnóstico ou nosográfico no âmbito psiquiátrico. Ou melhor, são as condições concretas de vida – acesso aos bens materiais e econômicos, ao trabalho e à moradia que determinam a forma de vida das pessoas no circuito psiquiátrico ou fora dele, ou seja, “aquilo de que se necessita é a reconstrução dos nexos sociais, da contratualidade, do acesso às mercadorias e às trocas” (Saraceno, 2001a, p. 68).

Para Rotelli (1990a), o que caracteriza os processos de institucionalização refere-se, sobretudo, à privação do sujeito, imposta pela tutela e internação psiquiátrica, cuja finalidade sustenta-se na subtração das trocas e no estabelecimento de relações de dependência.

Segundo Basaglia (2005a), mecanismos disciplinares, presentes nas instituições psiquiátricas, se sobrepõem à doença mental, produzindo, ou melhor, agravando nas pessoas as condições de sofrimento:

a partir do momento em que transpõe os muros do internamento, o doente entra numa nova dimensão de vazio emocional (resultado da doença que Burton denomina *institutional neurosis* e que eu chamaria simplesmente de institucionalização); ou seja, vê-se introduzido num lugar que, criado originalmente para torná-lo inofensivo e ao mesmo tempo tratá-lo, na prática surge como um espaço paradoxalmente construído para um aniquilamento completo de sua individualidade, como lugar de sua total objetificação. Se a doença mental, em sua própria origem, é a perda da individualidade e da liberdade, no manicômio o doente não encontra outra coisa senão o espaço onde se verá definitivamente perdido, transformado em objeto pela doença e pelo ritmo do internamento (Basaglia, 2005a, p.24).

Esta concepção é central para problematizar o *modus operandi* dos asilos psiquiátricos.

Saraceno (2001a) caracteriza os manicômios como uma espécie de variável independente das condições sócio-econômicas, políticas, culturais, etc., dos países onde se encontram, ou seja, entende que todos os hospitais psiquiátricos são iguais em sua forma de organização, de funcionamento, tutela e assistência:

caminhantes ausentes e abandonados, que incansavelmente percorrem as calçadas do hospital, fumantes obstinados que a cada vez que aspiram uma tragada de fumaça parecem querer consumir o cigarro inteiro em um só golpe (e que lhe pedirão um cigarro), banheiros gelados, molhados e malcheirosos, internados contidos no leito ou isolados em quatinhos vazios, salões de estar fumacentos e percursos de fantasmas que não se comunicam entre si, cantinas esqueléticas onde se espremem consumidores de café, etc (Saraceno, 2001a, p. 64).

Basaglia ensina o modo como que se dá o encontro entre psiquiatra e paciente, no espaço manicomial. Parte do pressuposto que esta forma de encontro é diversa na medicina física, porque aí o objeto de investigação por excelência é o corpo doente, isto é, o corpo cuja anatomia é a via de acesso à inteligibilidade científica e atuação terapêutica (mesmo que para isso seja desconsiderado completamente o homem como um todo e o modo pelo qual cada um vivencia o próprio corpo) (Basaglia, 2005b).

Para Basaglia, o encontro entre médico e doente mental parte de um *a priori*:

ou o encontro absolutamente não ocorre, ou se efetua com um corpo que está, de um modo ou de outro doente, operando-se uma ação objetificante de caráter pré-reflexivo, do qual se deduz a natureza da abordagem a se estabelecer [...] nesse caso é a hipótese inicial a ser assumida tão velozmente, como uma verdade que dispensa verificação, que a ela se moldam tanto o tipo de relação objetificante do médico com o doente quanto o tipo de instituição inventada para este último. Isso significa que presumir um corpo doente como base do encontro entre psiquiatra e paciente mental impõe a este um papel objetivo sobre o qual toda a instituição que o tutela se funda (Basaglia, 2005b, p. 75).

Ainda segundo Basaglia (2005b), este tipo de encontro, esta forma de um “olhar” objetificante, acaba por determinar o conceito e a imagem que o paciente constrói de si, e não lhe resta alternativa outra que não sua identificação enquanto corpo enfermo, modo como é definido pela psiquiatria e pela instituição.

Isso produz marcas nas pessoas que vivem em asilos psiquiátricos, processos de institucionalização:

a ausência de qualquer projeto, a perda de um futuro, a condição permanente de estar à mercê dos outros, sem a mínima iniciativa pessoal, com seus dias fracionados e ordenados segundo horários ditados unicamente por exigências organizacionais que - justamente enquanto tais - não podem levar em conta o indivíduo singular e as circunstâncias particulares de cada um: este é o esquema institucionante sobre o qual se articula a vida do asilo (Basaglia, 2005a, p. 24).

Para Saraceno (2001), o manicômio carrega a lógica da ordenação social, com a função de comandar a desordem do louco. Essa ordem se legitima e se auto-reproduz, sendo a psiquiatria essa ordem, essa legitimação e essa reprodução. Assim, “a instituição manicomial não é outra coisa que o espaço, o tempo, o conjunto de normas e de ritos que contem naturalmente essa ordem” (Saraceno, 2001a, p. 64).

O doente vive, no hospital psiquiátrico, um forte processo disciplinar de condutas e comportamentos e é impelido, pelo poder outorgado à instituição manicomial e às suas tecnologias de assistência, à objetificar-se nas regras e normas do local onde vive. Esse processo “o diminui e lhe restringe outras possibilidades de vida que não às de conformidade

com a instituição, tornando, na maioria das vezes, esse quadro irreversível” (Basaglia, 2005a).

Sendo assim,

a imagem do institucionalizado corresponde, portanto, ao homem petrificado dos nossos hospitais, o homem imóvel, sem objetivo, sem futuro, sem um interesse, um olhar, uma expectativa, uma esperança para a qual apontar; o homem aplacado e livre dos excessos da doença, mas já destruído pelo poder da instituição; o homem que só poderá ser impelido à busca de si mesmo, à reconquista da própria individualidade somente pela posse da própria liberdade, se não quisermos que continue a identificar seu vazio interior com o espaço limitado e impositivo do manicômio (Basaglia, 2005a, p. 27).

Para Rotelli, De Leonardis, Mauri, (2001), o objeto da psiquiatria, a *doença mental*, é invariavelmente irreconhecível, incurável e abstrato. É, por isso, a psiquiatria é a especialidade médica onde há desconfirmação da lógica diagnóstico/prognóstico/arsenal terapêutico/cura/volta à normalidade (saúde) ou morte.

Freqüentemente, o que se pode observar é que o modelo epistemológico da medicina tradicional (solução-cura), mesmo dispondo no caso da doença mental da imensa gama farmacológica, psicoterápica e dos próprios dispositivos que sustentam o aparato tutelar/manicomial, ao final da cadeia causal, a doença mental, ainda se apresenta indeterminada e indefinida (Rotelli, De Leonardis, Mauri, 2001).

A “cronicidade” dos doentes mentais nos hospitais psiquiátricos denuncia “o problema e [é] o sinal mais evidente da impotência da Psiquiatria em alcançar a chamada solução-cura (e os manicômios são a evidência concreta de tudo isto)” (Rotelli, De Leonardis, Mauri, 2001, p. 26).

Desta forma, entende-se que o passo inicial da desinstitucionalização é o desmonte da relação problema-solução originada no interior da medicina, “renunciando a perseguir aquela solução racional (tendencialmente ótima) que no caso da psiquiatria é anormalidade plenamente estabelecida” (Rotelli, De Leonardis, Mauri, 2001, p. 28).

Para Basaglia

a tarefa da psiquiatria atual poderia ser a de recusar-se a buscar a solução da doença mental como doença, optando por abordar esse tipo específico de

doente como um problema que – somente enquanto presente em nossa realidade – poderá representar um dos aspectos contraditórios dessa realidade, para cuja solução devem ser alicerçados e inventados novos tipos de pesquisa e novas estruturas terapêuticas (Basaglia, 2005c, p. 71).

Além de incidir na proposição de outras ferramentas teórico/conceituais para a compreensão do processo saúde/doença mental, para Nicácio

a singularidade dessa forma de pensar reside na composição de um caminho de pensamento crítico da psiquiatria profundamente conectado com a transformação da realidade e, neste sentido, possibilita indagar e refletir sobre os saberes, as instituições e os atores das novas práticas, ou, em outras palavras, compreender o que se faz, como e para quê se faz [o horizonte ético, político e teórico da desinstitucionalização tem possibilitado um] conjunto de noções, conceitos e proposições que possibilitam uma nova chave de leitura, bem como a elaboração de diversas possibilidades de investigação ao enunciar novos pressupostos para a compreensão dos saberes e práticas psiquiátricas (Nicácio, 2003, p. 88).

Saraceno parte de um pressuposto, ou de uma base ética, que a

utopia deve ser um reconhecimento, sem indecisão nem exceções, no fato de que cada homem e mulher é produtor de sentido. Etapa mais ambiciosa deverá ser a de reconhecer, e conseqüentemente agir, que os milhões de homens e mulheres cuja produção de sentido está limitada, bloqueada, aniquilada, negada, não estão nesta condição por ser enfermos mentais ou por estarem em terríveis situações de sofrimento psicossocial, mas sim essencialmente por falta de resposta adequada a suas enfermidades e aos sofrimentos psicossociais [...] não é o déficit resultante das condições de enfermidade ou de sofrimento psicossocial, que retira o senso de cada humano mas sim uma decisão discriminatória tomada por outros. Uma decisão que defini a produção de sentidos estranhos à razão dominante como ausência de sentido (Saraceno, 1998).

Nesse sentido, o trabalho se mostra e se revela como “explicitamente político, unindo a especificidade da ação à estrutura social da qual a instituição faz parte”, desvelando suas conexões e implicações (Basaglia, 1979). Desta maneira

o objeto da psiquiatria não pode e nem deve ser a doença (entendida como algo localizado na pessoa ou em seu psiquismo) e a periculosidade, mas sim a existência-sofrimento das pessoas e sua relação com o corpo social. A psiquiatria, desde suas origens, se constituiu sobre uma separação fictícia em que doença era algo alheio e imune à existência complexa, global e completa do homem e do corpo da sociedade. Sobre esta divisão artificial criaram-se instituições, saberes e a própria ciência psiquiátrica, todos referidos à doença com o claro propósito de enclausuramento da loucura (Rotelli, 1990b, p. 151).

Os resultados do Censo Psicossocial do Estado de São Paulo demonstram que pessoas que vivem processos longos de institucionalização tendem a se enfraquecer, perder a fé, mergulham no analfabetismo, têm motivação reduzida para cuidar de si, vivem processos de contínua subordinação institucional, de enfraquecimento dos laços familiares e das redes sociais previamente existentes, de falta de interesse pelo trabalho, por dinheiro (Barros; Bifhaff, 2008).

Na perspectiva da desinstitucionalização, há, necessariamente, que se comprometer com o processo de recomposição da *complexidade do objeto*, aqui entendido como o processo de *recusa* à tomada das pessoas como entidades diagnósticas e de olhar para elas como o conjunto de suas *necessidades, recursos e possibilidades*, pois

se as antigas instituições são demolidas, as novas instituições devem estar à altura do objeto, que não é mais um objeto em equilíbrio, mas está, por definição (a existência-sofrimento de um corpo em relação com o corpo social), em estado de não equilíbrio: esta é a base da instituição inventada (e nunca dada) (Rotelli, 1990b, p. 91).

Por conseguinte, o horizonte da desinstitucionalização é “a emancipação e a reprodução social” das pessoas (Rotteli, 1990b).

Rotelli ainda afirma que

desde os seus primórdios, a instituição psiquiátrica se ocupa de uma cadeia disciplinar e não das necessidades efetivas e reais das pessoas. Esse saber é invariavelmente comprometido com a necessidade de exclusão e sustenta a própria demanda social que outorga à psiquiatria a função de segregar vidas nos interstícios do aparato manicomial e na própria sociedade (Rotteli, 1994).

Nos processos de desinstitucionalização os atores envolvidos são

os técnicos que trabalham no interior das instituições, os quais transformam a organização, as relações e as regras do jogo exercitando ativamente o seu papel terapêutico de psiquiatras, enfermeiros, psicólogos etc (Rotelli, De Leonardis, Mauri, 2001).

E nesse cenário,

também os pacientes se tornam atores e a relação terapêutica torna-se uma fonte de poder que é utilizada também para chamar à responsabilidade e ao

poder os outros atores institucionais, próximos ou não, os administradores locais, os políticos, etc (Rotelli, De Leonardis, Mauri, 2001).

A substituição das práticas asilares só é possível mediante uma complexa articulação dos serviços com a comunidade, o território, ativando competências, poderes, instituições, demandas sociais, etc (Crozier, Friedberg 1977 apud Rotelli, De Leonardis, Mauri, 2001).

Nesta conjuntura os recursos são investidos, envolvidos e mobilizados como potencializadores de mudanças nos próprios moradores (caso desse estudo), a opinião pública, os políticos, produzindo comunicação, redes e também conflitos (Rotelli, De Leonardis, Mauri, 2001).

A questão que se coloca com a desinstitucionalização é que não basta simplesmente o esvaziamento do hospital psiquiátrico, transferindo os seus pacientes para outras instituições de cuidados na comunidade, mas

de criar possibilidades de viver que possam desconstruir na prática e no concreto os mecanismos de exclusão e aprisionamento no confinamento psiquiátrico, seja nos serviços abertos, nos serviços residenciais e outras formas de institucionalização presentes na sociedade contemporânea (Mângia, 2000).

A análise dos dados empíricos, em diálogo com o campo conceitual da desinstitucionalização, pretende a *elaboração teórica* de estratégias que possam contribuir para que a vida dos moradores e moradoras fora do muro asilar, prescindindo de mecanismos de controle e seja plena de possibilidades cidadãs.

5. Resultados e discussões

5.1 O Município de Araras e o hospital psiquiátrico: das imanências históricas à expropriação de vidas

O hospital psiquiátrico de Araras (SP) tem sua origem em meados de 1947. A cidade contava com cerca de 12.000 habitantes e como qualquer Município interiorano, caminhava a passos curtos no desenvolvimento urbano. Suas ruas eram de chão batido, com poeira, pedregulhos e com poucas vias calçadas, localizadas na região central. Possuía uma rede mínima de saneamento básico - também na região central da cidade - e uma rarefeita rede de energia elétrica (Victorello, 1996).

A administração pública na década de 1940 foi permeada de conturbações políticas e contou com oito prefeitos num período de dez anos (Victorello, 1996). Foi nesse contexto que o hospital psiquiátrico começou a ser idealizado. No ano de 1948, observa-se a consolidação do que viria transformar-se no projeto manicomial que abrangeria toda a região.

Assim, de acordo com a publicação local, do ano de 1948,

acha-se em construção [...] em Araras, um amplo sanatório [...]. A grandiosa iniciativa conta com o apóio do povo em geral, desta cidade e das localidades circunvizinhas, para os quais o mesmo se destina. O Sanatório [...], iniciado em Outubro de 1948, compor-se-á de cerca de 200 quartos [...], destina-se [...] aos obseidiados e débeis mentais em geral, independente de coloração econômica, política, pigmentar e religiosa (Almeida; Souza, 1948, s/p).

Na década de 1950 a população dobrou e o crescimento desorganizado na cidade agravou a qualidade de vida da população; a cidade esparramou-se rapidamente em várias direções e formaram-se novos bairros. Com isso, os problemas crônicos da falta de água e de eletricidade foram agravados, tornando muito precária a vida daqueles que habitavam as

beiradas do município. Foi só em 1955 que esses problemas começaram ser sanados (Victorello, 1996).

Nesta década o hospital iniciou suas atividades e foram relatadas as primeiras notícias sobre o funcionamento, organização interna e proposta assistencial para a região. Cabe observar o quanto a cidade se parabenizava por dispor do hospital. No ano de 1960, no jornal local, há congratulações sobre o funcionamento:

nesses três anos, inúmeras bênçãos do alto tem merecido aquele pugilo de abnegados - seus fundadores e os que ali mourejam – pelo bem que vêm prestando ao povo e particularmente aos que sofrem. Grande quantidade de famílias, com problemas difíceis, em face de seus doentes, encontram naquela casa abrigo e tratamento. Uns muito pobres não podem pagar; outros ainda pagando agradecem, pois que os doentes muitas vezes não podem permanecer em casa e não encontram estabelecimentos que os possa abrigar com o conforto e carinho que desejam. [...] Araras, graças aos bons trabalhos do Sanatório [...], já se projetou nesse setor assistencial. Admiram-na as autoridades que cuidam da especialidade, exaltam-na aqueles que sabem da maneira de seu funcionamento, prestigiando os que dirigem a instituição. E isto não é somente aqui por perto. **Cidades distantes, outros Estados, já conhecem o nosso Sanatório, admiram-na sua organização** (Editorial. Jornal A Tribuna do Povo, Araras -SP, 09 de Out. 1960) (Grifo nosso).

Apesar das conturbações políticas locais na época, das condições precárias de infra-estrutura, do saneamento básico insuficiente e da população reduzida, a cidade engendrou meios políticos e econômicos para a instalação do asilo psiquiátrico.

O hospital psiquiátrico permaneceu no imaginário coletivo como um projeto que portava valor histórico e transformava o Município numa referência na área da psiquiatria, que transformou-se no maior hospital psiquiátrico do Estado de São Paulo, um macro-hospital e lugar onde moram 538 (quinhentas e trinta e oito) pessoas há mais de 01 (um) ano, todas institucionalizadas.

Qualquer sociedade “cria dentro de si áreas de compensação para as contradições internas, nas quais concretiza a necessidade de negar ou de afirmar, numa objetualização, uma parte da própria subjetividade” (Basaglia, 2005d, p. 36).

Nesta perspectiva é próprio da sociedade ocidental capitalista, mas não só, criar mecanismos complexos de exclusão de grupos que não se alinham à lógica e ao ideário normativo do mercado e do capital.

À época da construção do asilo ararense, não era prerrogativa dos Municípios a construção e consolidação de projetos manicomiais. Esses eram o reflexo de um modo de investimento político e de organização dos espaços sociais (portanto, ideológicos) e de uma lógica ordenadora de vidas que não se adequavam ao padrão dos corpos desejados pelo modo de produção capitalista.

O manicômio herdou essa função dos Hospitais Gerais, a despeito do esforço da medicina científica e do iluminismo pineliano. Desde sua gênese a psiquiatria tomou para si a tarefa de separar mendigos, prostitutas, feiticeiros, etc. dos incapazes para o trabalho no mundo capitalista, os doentes mentais dos séculos XIX e XX que, impossibilitados para o jogo produtivo capitalista, distantes da possibilidade de escolha, foram submetidos ao saber médico e às instituições psiquiátricas como o lugar para o controle e disciplina de suas condutas.

Com base nestas considerações, concorda-se que a estrutura econômica de dado momento histórico determina a organização das instituições, das leis e não é casual que os manicômios tenham se estruturado no início da revolução industrial porque

assim, em semelhança com as demais formas de assistência pública, os manicômios mostram sua mais ampla configuração institucionalizada no momento em que se faz necessário separar o produtivo do improdutivo. Com o nascimento da era industrial a relação já não se estabelece entre homem e sociedade humana e sim entre homem e a produção, o que cria um novo uso discriminante de cada elemento (anormalidade, enfermidade e inadaptção, etc.) em relação à sua possibilidade de obstaculizar o ritmo produtivo (Basaglia, 1979, p. 05).

Os sujeitos desse estudo estão fora do jogo *produtivo* capitalista, não trabalham não consomem e confirmam que hospital psiquiátrico é o lugar para a separação dos que não se adaptam a essa lógica.

Mas não são todos os improdutivos para o modo de produção capitalista que estão no manicômio. Estão os que, por outro lado, se não produzem e consomem sob esse modo de produção, *devem e podem ser produzidos e consumidos pelo mesmo sistema*.

Para Foucault (2007), a organização dos presídios é a mais compacta, exemplar e simbólica de todas as instituições totais, mas as demais instituições realizam uma forma de difusão discreta da lógica prisional. A tentativa dos grupos dominantes, de buscar dentro de um determinado coletivo social “o chamado bode expiatório, sobre o qual descarregar a própria agressividade e o excluir do nosso olhar, só pode ser explicada pela vontade do homem de excluir a parte de si que tem medo” (Basaglia, 2005d).

Assim, a existência de instituições voltadas para o controle dos corpos, da subjetividade e das particularidades humanas, por meio de mecanismos de tutela, violência e expropriação, pode ser entendida como uma forma de manter à distância aquilo que é indissociável, incomoda e traz desconforto a dado coletivo.

Cabe, pois, problematizar os territórios ou localidades onde os manicômios se fundam. Nessas localidades os processos de exclusão podem ser mais evidentes e o contato com a alteridade produz subordinação dos corpos dos que não se entende a razão de ser ou pertencer à esfera humana (Pitoli, 2005).

Especificamente na realidade de Araras, o hospital psiquiátrico foi colocado num lugar de grande valia, como espaço de eficácia terapêutica, assistencial e capaz de dar respostas às desventuras humanas (Pitoli, 2005).

Em contraponto, pode-se supor a incidência de processos de reconhecimento da possibilidade da “loucura” como algo constitutivo nas pessoas e a conseqüente recusa desse componente no cenário subjetivo e afetivo dos ararenses, concretizada no hospital psiquiátrico.

Para Basaglia (2005d) “diante dos seus medos e da necessidade de assumir as próprias responsabilidades, o homem tende a objetificar no outro a parte de si que não sabe dominar: ou seja, a excluir o outro que ele tem dentro de si como sua contingência”.

Desta forma, pode-se dizer que no Município onde se abriga um hospital psiquiátrico, como é o caso da Araras, a sua própria construção representa a recusa, ou melhor, a opção pela exclusão daqueles homens e mulheres que a sociedade não admite como pertencente ao seu território afetivo, cultural e imaginário.

Assim como outras localidades e territórios onde projetos manicomiais se consolidaram, Araras, no decorrer da história, estreitou necessariamente o contato com a loucura e excluiu de suas ruas e das ruas de outras cidades, o que mais lhes causavam temor, por portarem aquilo que mostra do humano algo insólito, mas *rentável*.

Considerando o contexto que envolveu as etapas do estudo, confirma-se essa proposição. A intervenção no hospital psiquiátrico da cidade mobilizou instâncias legislativa e executiva, organizações sociais e comunidade. O que se observa, nas reportagens locais, é um cenário contraposto aos objetivos filantrópicos e humanísticos iniciais. A preocupação primordial com o *aspecto econômico*, no discurso da Direção do hospital, revestido de sentimento humanitário aliado à recusa à alteridade, traduz uma instituição que *produz e consome* vidas institucionalizadas, atividade econômica conveniente ao capitalismo.

Essa funcionalidade imanente ao hospital psiquiátrico pode ser um motivo para sua manutenção na cidade. O manicômio abre postos de trabalho, assegura tranquilidade para os Municípios vizinhos, aumenta a circulação econômica por meio do acesso aos benefícios de proteção social de quase 600 (seiscentas) pessoas, tranquiliza as famílias.

Uma contradição: são 35 (trinta e cinco) ararenses. Araras precisa de um manicômio desse tamanho?

Atributos como periculosidade social, violência, inimputabilidade, etc., são marcas atribuídas ao portador de sofrimento psíquico, pelos moradores da cidade, que compreendem o manicômio o lugar privilegiado para salvaguardar as pessoas (que estão do lado de fora) do convívio com a loucura (Pitoli, 2005).

Os manicômios ocupam a periferia das cidades, locais isolados e distantes do contato com a sociedade, demarcando precisamente o sentido da separação, da fratura e do limite que deve haver entre o são e o não são (Basaglia, 2005d). Em conformidade com esta proposição de Basaglia, o mesmo ocorreu em Araras, onde o manicômio foi construído distante da área residencial na época, ocupando a zona rural.

A figura do doente mental, como expressão de ruptura da norma, deve ser mantida à distância, para que não venha perturbar o ritmo dos normais. As pessoas que moram no hospital psiquiátrico são evidências de mecanismos de exclusão e despertencimento coletivo.

Segundo Pitoli (2005), o hospital psiquiátrico é um vértice da história de Araras, que se orgulha de o ter e lhe oferecer suporte para sobreviver. Entretanto, os resultados do Censo Psicossocial interpõem uma contradição ao orgulho ararense, pois evidencia “que os Municípios sede de hospitais psiquiátricos respondem de forma categórica ao modelo hospitalocêntrico, asilar, segregador e excludente, alvo da Reforma Psiquiátrica brasileira” (Barros; Bichaff, 2008, p. 120).

Os achados preliminares desse estudo confirmam que o hospital psiquiátrico toma para si o cuidado do sofrimento humano, sobretudo das pessoas em maior vulnerabilidade social, *mas que portam valor econômico*, na forma de diária hospitalar, controle de aposentadoria, benefício de proteção social realizado por curadores e consumo desse dinheiro no interno do hospital. *Uma mercadoria que porta valor*. Futuros estudos poderão explicar qual é a *função* do Sayão na rede de atenção à saúde mental de Araras.

5.2 Quem são os ararenses que moram no hospital psiquiátrico

Com intuito de zelar pelos procedimentos éticos de uma pesquisa científica, os moradores e moradoras estão identificados com números que vão de 1 a 11.

a. uma Vida

a mãe mora ao lado do hospital e não a visita. fica com o LOAS e não repassa o LOAS para a filha

Fonte: Censo Psicossocial, 2008

Moradora de 25 anos, solteira, branca, nascida e residente em Araras.

Não possui religião, é deficiente física, mas não fica acamada. Não se comunica, nem quando solicitada, nem com auxílio. Alimenta-se e veste-se com auxílio. Não foi alfabetizada. É cadeirante e usa prótese dentária (Censo Psicossocial, 2008).

Tem pai e mãe, com endereço em Araras, há aproximadamente quatro quadras do hospital psiquiátrico, não recebe, tampouco realiza visitas. Não sai de licença terapêutica.

Mora na enfermaria, porque não há lugar para ficar fora, desde 1998, por meio de internação involuntária, e permanece por motivo de precariedade social⁹ e transtorno mental.

Não tem diagnóstico psiquiátrico nem história de tratamento extra-hospitalar.

Seu diagnóstico é G.80.0¹⁰, tem doenças pulmonares.

Tem curador, nunca trabalhou, mas recebe renda proveniente da LOAS¹¹.

⁹ O Censo Psicossocial recomendou aos entrevistadores que considerassem “precariedade social o fato do morador não ter lugar para morar fora do hospital e/ou não ter renda” (Barros; Bichaff, 2008, p. 89).

¹⁰ Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID 10), Paralisia cerebral espástica.

¹¹ O Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC-LOAS é pago pelo Governo Federal. A operacionalização desse direito é do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS e assegurado pela Lei 8.213, de 1991. O benefício permite o acesso de idosos e pessoas com deficiência às condições mínimas de uma vida digna. Todo o comando legal para adquirir o benefício está no art. 20, §3º da referida Lei que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências.

Transita e participa de atividades somente dentro do hospital (oficinas, festas, jogos, etc.), com apoio da equipe. Quando sai, o faz somente quando com auxílio.

As impressões do entrevistador sobre a moradora revelam que a “mãe é curadora. Paciente não verbaliza. Calma. Não é agitada. Só tem pneumonia. Não gosta de toque. Fica mais agitada” (Censo Psicossocial, 2008).

Do Prontuário, o entrevistador relata: “Paralisia Cerebral. A mãe provavelmente vai perder a curatela da filha por conta do abandono” (Censo Psicossocial, 2008).

É impossibilitada de responder sobre o desejo de morar fora do hospital.

Análise dos dados

O hospital psiquiátrico não poderia ser a única possibilidade de vida da moradora.

Segundo a Declaração da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1981, Ano Internacional da Pessoa Deficiente, “as pessoas portadoras de deficiência no mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento, têm suas condições de vida agravadas por situações de pobreza e injustiça” (Brasil, 2008).

A Assembléia Geral da ONU, do Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiências, realizada em 03 de dezembro de 1982 (Resolução n.º 37/52), aprovou o

documento [que] ressalta o direito dessas pessoas a oportunidades idênticas às dos demais cidadãos; bem como o de usufruir, em condições de igualdade, das melhorias nas condições de vida, resultantes do desenvolvimento econômico e do progresso social. Nesse Programa, foram estabelecidas diretrizes nas diversas áreas de atenção à população portadora de deficiência, como a de saúde, de educação, de emprego e renda, de seguridade social, de legislação, etc., as quais os estados membros devem considerar na definição e execução de suas políticas, planos e programas voltados a estas pessoas (Brasil, 2008).

No cenário local, mesmo sem diagnóstico psiquiátrico, o projeto assistencial para essa moradora foi o hospital psiquiátrico, o que sinaliza carência de políticas específicas para

essa população no Município. De acordo com a Política Nacional da Pessoa Portadora de Deficiência (PNSPD),

a porta de entrada do usuário deverá ser a Unidade Básica de Saúde ou os serviços de emergência ou pronto atendimento, onde será assistido, receberá orientação e/ou encaminhamento para a unidade mais adequada ao seu caso (Brasil, 2008).

Ressaltando que

dentro do contexto das políticas governamentais e à luz dos direitos universais do indivíduo, tem como propósito reabilitar a pessoa portadora de deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano – de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social – e proteger a saúde deste segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências. A consecução desse propósito será pautada no processo de promoção da saúde, considerando, sobretudo, a possibilidade que enseja para a efetiva articulação entre os diversos setores do governo e a efetiva participação da sociedade. Além disso, o alcance do propósito desta Política requer a criação de ambientes favoráveis à saúde das pessoas portadoras de deficiência e a adoção de hábitos e estilos saudáveis, tanto por parte destas pessoas, quanto daquelas com as quais convivem, os quais constituem condições indispensáveis para a qualidade de vida buscada por esse processo (Brasil, 2008).

Ainda, segundo as Diretrizes da PNSPD,

a assistência a esse segmento pautar-se-á no pressuposto de que a pessoa portadora de deficiência, além da necessidade de atenção à saúde específica da sua própria condição, é um cidadão que pode ser acometido de doenças e agravos comuns aos demais, necessitando, portanto, de outros tipos de serviços além daqueles estritamente ligados a sua deficiência. Nesse sentido, a assistência à saúde do portador de deficiência não poderá ocorrer somente nas instituições específicas de reabilitação, devendo ser assegurado a ele o atendimento na rede de serviços, nos diversos níveis de complexidade e especialidades médicas (Brasil, 2008).

A moradora recebe LOAS, para a garantia mínima de seu bem estar, o que de alguma forma possibilita certa mobilidade no jogo produtivo, isso é, o dinheiro que agrega à sua vida, de forma involuntária, como sua internação, lhe transfere certo valor.¹².

A renda obtida por meio de programa de proteção social poderia transformar a situação num caso de garantia de acesso a direitos mínimos de inclusão, se o hospital

¹² Segundo Aranha e Silva (1997), a participação dessa população no jogo produtivo se dá no processo de produção e consumo de bens materiais e imateriais, que apontem para a melhoria da qualidade de suas vidas.

psiquiátrico não fosse a proposta de moradia para ela. Entretanto essa moradora vive uma vida marginal¹³ na relação com a sociedade o que é muito diferente da orientação da PNSPD¹⁴, que afirma que essas pessoas.

têm o direito de viver com sua família e de participar das atividades sociais. Elas não serão submetidas, mesmo em suas residências, a tratamento diferente (discriminatório) que não seja o necessário para melhorar o seu bem-estar. Se a sua permanência em instituição especializada for indispensável, o ambiente e as condições deverão ser as mais próximas da vida normal¹⁵.

A moradora permanece na enfermaria do hospital por precariedade e vulnerabilidade social¹⁶. Por um lado, o hospital psiquiátrico responde à precariedade social, à insuficiência sanitária local para suprir demandas específicas e é o lugar onde a família delega a tutela de seu parente. Por outro lado, há uma vida que nem sequer consegue dizer de si, complexificando a busca de estratégias políticas e éticas para processos de desfiliação afetiva, cultural e social, demandando ações intersetoriais que envolvem os serviços de saúde, cultura, educação, trabalho, lazer, entre outros.

Segundo a PNSPD:

a atenção à saúde das pessoas portadoras de deficiência deverá reafirmar a importância do desenvolvimento de ações de forma descentralizada e participativa, conduzidas, em especial, segundo a diretriz do SUS relativa ao comando único em cada esfera de governo. Além disso, levará em conta que a rede de serviços de atenção à saúde desse segmento terá sempre interfaces

¹³ Castel (1997) fala dos conceitos de “precarização”, “vulnerabilidade” e “marginalização” para caracterizar determinadas populações e/ou grupos, deixando de lado o termo exclusão. O autor adverte que essas situações marginais têm origem no processo de desligamento em relação ao trabalho e à inserção social. Nesse duplo processo de desligamento pode-se distinguir três formas de degradação que, agrupadas, originam três zonas: zona de integração (trabalho estável e forte inserção relacional), zona de vulnerabilidade (trabalho precário e fragilidade dos apoios relacionais) e zona de desfiliação (ausência de trabalho e isolamento relacional). O autor distingue uma quarta: a zona de assistência, na qual se insere o tratamento dado aos indigentes inválidos. Assim, talvez não seja incoerente se referir a categorias da população que sofrem déficit de integração e, portanto, estão “ameaçadas de exclusão”. Tais processos de marginalização podem resultar em exclusão propriamente dita, ou seja, num tratamento explicitamente discriminatório.

¹⁴ Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/A%20INCLUSAO%20SOCIAL%20DAS%20PESSOAS%20COM%20DEFICIENCIAS.pdf> Acesso em 11.04.2010.

¹⁵ Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/A%20INCLUSAO%20SOCIAL%20DAS%20PESSOAS%20COM%20DEFICIENCIAS.pdf> Acesso em 11.04.2010.

¹⁶ Esse trabalho entende por vulnerabilidade “uma dimensão tanto dos processos de exclusão, discriminação ou enfraquecimento dos grupos sociais, quanto da capacidade de enfrentamento dessas condições” (Nakamura et al, 2009, p. 256).

com outras políticas públicas. Nesse sentido, a atenção à saúde das pessoas portadoras de deficiência comportará a organização das ações e serviços em, pelo menos, três níveis de complexidade, interdependentes e complementares: atenção básica; atenção ambulatorial especializada; e atenção ambulatorial e hospitalar especializada (Brasil, 2008).

Uma história de 12 anos de internação, com processo de desfiliação social, cultural e afetiva; ausência de diagnóstico psiquiátrico; projeto asilar na contramão do necessário para sua condição de vida; convívio familiar aniquilado; grave situação de exclusão e despertencimento social. Comprova-se, desta forma, que há premência e necessidade de cuidados na perspectiva multiprofissional e interdisciplinar¹⁷ para essa moradora.

Trata-se de uma vida de restrições físicas e afetivas, majoradas e impostas pelo processo de institucionalização, que demonstra a centralidade do hospital psiquiátrico como única alternativa de morar (até o momento). Entende-se que essa situação é responsabilidade dos três níveis de gestão: local, estadual e federal e propõe-se a execução imediata da Lei 10.708/2003, do Programa de Volta pra Casa, com todas as adaptações necessárias para ela e as pessoas que vivem em igual situação.

¹⁷ A atenção multidisciplinar e interdisciplinar à saúde das pessoas portadoras de deficiência inclui a saúde bucal, assistência odontológica, acompanhada de procedimentos anestésicos, a concessão de órteses e próteses, equipamentos auxiliares, bolsas de ostomia e outros itens de tecnologias necessárias. Tais equipamentos complementam o atendimento, aumentando as possibilidades de independência e inclusão da pessoa com deficiências. Além disso, terão de contemplar ações no âmbito fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, avaliação e acompanhamento do uso de órteses e próteses” (Brasil, 2008).

b. duas Vidas

Moradora estava sentada na cadeira de rodas. não interage. não se comunica

Fonte: Censo Psicossocial, 2008

Moradora de 60 anos, solteira, branca, religião ignorada. Tem deficiência visual e é diabética. Não se comunica. Não foi alfabetizada. Só se cuida com auxílio. Alimenta-se e veste-se quando estimulada (Censo Psicossocial, 2008).

Mora da enfermaria do hospital desde 1991. Não constam os motivos da internação, sabe-se que foi de forma involuntária. O diagnóstico atual é F07.8¹⁸. Não há informações sobre tratamento de saúde mental extra-hospitalar.

Nascida e residente em Araras, tem pai e mãe, comprovados por documentação, que residem em Araras, mas não recebe e não realiza visitas. Não sai de licença terapêutica e nem pensa na possibilidade. Tem Carteira de Identidade (RG), Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) e Certidão de Nascimento.

“Seu curador é Sra X, voluntária do hospital”, recebe LOAS, mas permanece no hospital por *precariedade social* e transtorno mental. Jamais trabalhou (Censo Psicossocial, 2008).

Transita e participa de atividades no hospital acompanhada pela equipe. Sai do acompanhada, não usa transporte coletivo e não faz compras (Censo Psicossocial, 2008).

É impossibilitada de responder sobre o desejo de morar fora do hospital.

¹⁸ Segundo a CID 10: Outros transtornos orgânicos da personalidade e do comportamento devidos a doença cerebral, lesão e disfunção.

Análise dos dados

Trata-se de uma trajetória de institucionalização contemporânea ao período em que o Brasil assinou a Declaração de Caracas (ONU, 1991), onde se decretou os Direitos das Pessoas com Sofrimento Mental.

A Declaração de Caracas¹⁹ subscrita pelos governos da América Latina e Caribe recomenda a superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico e a luta contra abusos e exclusão de pessoas com sofrimento psíquico. Ou seja, no início dos anos 1990, a Organização Mundial da Saúde determina a superação do modelo hospitalar/manicomial para a América Latina, definindo os serviços territoriais e comunitários como os lugares para a atenção em saúde mental da população.

A atenção à saúde mental deve operacionalizar-se no nível da atenção básica, nos serviços especializados, ser substitutivo à internação psiquiátrica, ter base comunitária e em rede (Brasil, 2004) uma vez que “a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo” (Brasil, 2004, p. 11) e

o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, impede alcançar os objetivos [...] ao: a) isolar o doente do seu meio, gerando, dessa forma, maior incapacidade social; b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do enfermo; c) requerer a maior parte dos recursos humanos e financeiros destinados pelos países aos serviços de saúde mental e d) fornecer ensino insuficientemente vinculado com as necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e outros setores (Brasil, 2004).

Dezenove anos no hospital psiquiátrico é muito tempo e seriam suficientes para a execução de estratégias e políticas públicas específicas, que talvez pudessem viabilizar a vida fora do manicômio. Mas, a oferta de atenção à saúde mental para os ararenses

¹⁹ Para melhor caracterização do contexto político e histórico sobre a Declaração de Caracas, consultar: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24138&janela=1 Acesso 11.04.2010.

moradores do hospital, associada ao modelo asilar, está na contramão das políticas de saúde mental no contexto do SUS.

A história dessa senhora, que habita o asilo por razões de vulnerabilidade material, mesmo com renda proveniente da LOAS, é exemplar para demonstrar a debilidade do controle social, ator com mandato social para promover e garantir acesso a cuidados de acordo as necessidades específicas das pessoas.

A vida asilar fere a operacionalização das banalidades da existência, como comunicar-se, transitar, alimentar-se de forma adequada, esmaecendo as capacidades para as ações do cotidiano, minorando a potência do corpo e o desejo pela vida (Saraceno, 2001b).

Duas décadas no interior do asilo aprofundaram os mecanismos de exclusão, o afastamento de parentes e familiares, da participação no jogo social e do sistema de saúde, contradizendo as diretrizes políticas do Estado de São Paulo, que privilegiam a atenção extra-hospitalar e ações de saúde mental em serviços da Atenção Básica e hospitais gerais (Souza et al, 2008). Com base na Lei nº 10.216 de 2001 e nas recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2002a), o Estado de São Paulo prevê a

construção articulada de um conjunto de serviços e recursos, capaz de oferecer os cuidados necessários ao tratamento, produção de autonomia e exercício de direitos de cidadania para esta população, ampliando o acesso e a qualidade dos serviços prestados (Souza et al, 2008).

Ora, 19 anos no interior de um espaço onde não se optou por ali estar, tampouco, cometeu-se alguma forma de delito ou infração para permanecer sob tutela institucional, contrapõe-se ao direito de habitar uma casa. A Constituição Federal de 1988, no Título II, Dos Direitos e Garantias Fundamentais, Capítulo I, Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos, Art. 5.º, inciso XI, assegura que

a **casa é asilo inviolável do indivíduo**, ninguém nela podendo penetrar sem consentimento do morador, salvo em caso de flagrante delito ou desastre, ou

para prestar socorro, ou, durante o dia, por determinação judicial (Brasil, Constituição. Título II, Cap 1, Art 5º, inciso XI, 1988b) (grifo nosso).

Tal direito é assegurado também pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, Art. 17º, 1948, assim como a proibição da expropriação de bens (Organizações das Nações Unidas, ONU). A sentença de viver 19 anos no interior de um asilo infringe outros direitos fundamentais, como prevê a Constituição brasileira, Capítulo II, Dos Direitos Sociais, Art. 6.º

São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição de que outros direitos.

Vale lembrar que estes direitos são conquistas e direitos de todos, não havendo exceções para pessoas com sofrimento psíquico. Observa-se, assim, uma trajetória de sofrimento que passou invisível ao sistema de saúde local.

Ademais, constata-se que a chegada da moradora ao asilo se deu no bojo do processo de efetivação do SUS no Brasil, em que seus princípios e diretrizes apontam que determinantes sociais, culturais e econômicos incidem diretamente nas condições de saúde ou adoecimento das pessoas, portanto comprometem a vida das pessoas vivida no interior de um asilo. No contexto do SUS, Nº 8.080,

a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. (Brasil, Lei 8.080, Art3º, 1990a).

Não se sabe se a moradora tem ou teve acesso a serviços de saúde para sua faixa etária e necessidades específicas.

Indica-se o acesso dela ao Programa de Saúde da Mulher, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) do Ministério da Saúde que “poderá propiciar

um atendimento que reconheça, dentre os direitos humanos das mulheres, o direito a um atendimento realmente integral a sua saúde” (Brasil, 2007b, p. 46). O PAISM tem a finalidade de

promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro (Brasil, 2007b).

O cenário que se apresenta comprova que é responsabilidade da gestão pública de “reverter o processo de abandono afetivo e social, relacionado às condições concretas de vida acumuladas em anos de exclusão dos bens culturais, educacionais, de trabalho e de direitos básicos de sobrevivência” (Brasil, 2001b, s/p).

A vida dessa senhora demonstra claramente um processo de exclusão e despertencimento social, a necessidade da reorganização do seu projeto terapêutico ou de vida, na rede de saúde e em liberdade, porque esse estudo concorda com a afirmação que

é primordial a implementação de políticas públicas intersetoriais que garantam a efetiva qualidade de vida de todos os cidadãos e que se confrontem com os mecanismos e processos de exclusão social. Portanto, é necessário desenvolver programas de desinstitucionalização das pessoas há longo tempo internadas, garantir o acesso, o acolhimento, a responsabilização, a produção de novas formas de cuidado do sofrimento visando os processos de autonomia, de construção dos direitos de cidadania e de novas possibilidades de vida para todos. Este é o desafio e a tarefa que temos pela frente [...] Para que tenhamos um modelo de cuidado e não de exclusão, é necessário que, definitivamente, possamos ultrapassar o modelo atual. Para que possamos construir saberes, práticas e culturas que possam concretizar, de fato, a insígnia “Cuidar, sim. Excluir, não” (Brasil, 2002b).

Finalmente, último aspecto a ser destacado é a situação jurídica da moradora.

Sua curatela é responsabilidade de uma voluntária do hospital.

Essa situação bizarra seria consequência de um processo de abandono familiar? Por qual motivo uma voluntária se responsabilizaria por sua curatela? Algo a ser estudado, com mais profundidade, em pesquisa futuras.

Segundo o Novo Código Civil brasileiro,

o cônjuge ou companheiro, não separado judicialmente ou de fato, é, de direito, curador do outro, quando interdito. Na falta do cônjuge ou companheiro, é curador legítimo o pai ou a mãe; na falta destes, o descendente que se demonstrar mais apto. Entre os descendentes, os mais próximos precedem aos mais remotos. Porém, somente na falta das pessoas mencionadas, compete a um juiz a escolha do curador (Brasil, 2003a).

No Questionário consta a informação que a moradora tem pai e mãe. Os dados não estão atualizados ou a curatela da moradora precisa de revisão? Do ponto de vista da implantação de processos de desinstitucionalização, indica-se as duas intervenções.

c. três Vidas

marcha prejudicada e caminha com dificuldade. a perna direita é menor e atrofiada

Fonte: Censo Psicossocial, 2008

Morador de 57 anos, solteiro, nascido e residente em Araras. É negro, não possui religião, apresenta deficiência física associada ao diagnóstico psiquiátrico, mas não é cadeirante e transita pelo hospital acompanhado pela equipe. Não possui histórico de tratamento extra-hospitalar (Censo Psicossocial, 2008).

O pai e a mãe residem em Araras.

Com relação à situação jurídica, possui curador²⁰, mas permanece na instituição por *precariedade social* e transtorno mental. Tem Cadastro de Pessoa Física (CPF) e Carteira de Trabalho, mas não consta no Questionário o número da Carteira de Identidade (Censo Psicossocial, 2008).

Chegou ao hospital psiquiátrico no ano de 1990 de forma involuntária, trazido por familiares. O diagnóstico atual é F20.5 ²¹ e não apresenta doenças clínicas associadas.

Não foi alfabetizado, tampouco possui histórico de trabalho, mas participa de um projeto de geração de renda no hospital embora não participe de outras atividades.

Cuida de si apenas quando requerido por outros. Usa prótese dentária, alimenta-se à mesa e usa talheres quando solicitado e veste-se com roupas limpas e alinhadas. Comunica-se apenas com auxílio da equipe do hospital.

Recebe visita quinzenal de familiares, mas não as realiza. Não sai de licença terapêutica e nem pensa na possibilidade. Segundo o Censo, sua moradia é a enfermaria do hospital, pois não há outro local para habitar, mas é capaz de sair do hospital quando

²⁰ Segundo anotações feitas no Questionário do Censo pelo entrevistador, a curadora é a “tia” do morador.

²¹ Segundo a CID 10, Esquizofrenia Residual.

acompanhado, utilizar transportes coletivos na presença de outros e com auxílio. Portanto, é capaz de participar de atividades fora do hospital quando acompanhado e solicitado (Censo Psicossocial, 2008).

É incapaz de responder sobre a possibilidade de morar fora do hospital.

Análise dos dados

Trata-se de uma história à margem - nos últimos vinte anos -, de laços sociais, culturais e afetivos que o viver em liberdade proporciona, já que o morador, aos 57 anos, não constituiu família, laços amorosos, tampouco descendentes, ainda que nenhuma forma de adoecimento psíquico seja pretexto para proibição civil ou penal com relação à vida afetiva²².

Desde a I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987, o impasse do modelo de atenção centrado no hospital, considerado ineficaz e oneroso para os usuários e a sociedade, violador de direitos humanos fundamentais (Brasil, 1988a), está na agenda da saúde mental.

Nesse caso, trata-se de uma pessoa com 57 anos, portadora de deficiência física, o que complexifica as ações de atenção à saúde na rede pública e que requer cuidados que contemplem suas particularidades e necessidades. Indica-se o acesso ao programa de atenção integral à saúde, destinada à pessoa com deficiência, do Ministério da Saúde, que

pressupõe uma assistência específica à sua condição, ou seja, serviços estritamente ligados à sua deficiência, além de assistência a doenças e agravos comuns a qualquer cidadão. A porta de entrada da pessoa com deficiência, no Sistema Único de Saúde, é a Atenção Básica. A principal estratégia de saúde na Atenção Básica é a Saúde da Família. A Saúde da Família veio para reorientar as práticas e ações de saúde de forma integral e contínua (Brasil, 2006a,).

²² Segundo o Novo Código Civil brasileiro, não podem casar: "I- os ascendentes com os descendentes, seja o parentesco natural ou civil; II- os afins em linha reta; III- o adotante com quem foi cônjuge do adotado e o adotado com quem o foi do adotante; IV- os irmãos, unilaterais ou bilaterais, e demais colaterais, até o terceiro grau inclusive; V- o adotado com o filho do adotante; VI- as pessoas casadas; VII- o cônjuge sobrevivente com o condenado por homicídio ou tentativa de homicídio contra o seu consorte (Brasil, Art. 1.521, Inc I, II, III, IV e V, 2003a).

Além disso, propõe-se ações que envolvem a saúde do homem, com acesso do morador a

todos os níveis da atenção, na perspectiva de uma linha de cuidado que estabeleça uma dinâmica de referência e de contrarreferência entre a atenção básica e as de média e alta complexidade, assegurando a continuidade no processo de atenção (Brasil, 2009a)²³.

O asilo do Município o coloca numa situação paradoxal, pois a Constituição Brasileira de 1988 (dois anos antes do ingresso do morador no sistema psiquiátrico) definiu o modelo de atenção em saúde fundado em ações e serviços públicos, integrados numa rede regionalizada e hierarquizada, organizada de acordo com as diretrizes da descentralização, atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas e com participação da comunidade²⁴, o que foi regulamentado pela Lei nº 8080, de 1990, do Sistema Único de Saúde brasileiro.

O morador está inserido num projeto de geração de renda do asilo, o que suscita questões: como usufrui da sua renda se não sai do asilo, não faz visitas, não tem licenças terapêuticas? como o projeto pode propiciar novas possibilidades de vida ou trocas sociais fora do asilo (como orienta a perspectiva de Economia Solidária), mas que sob o processo de institucionalização, não é capaz de responder sobre sua vontade de morar fora? se ele é capaz de participar de atividades fora do asilo quando acompanhado e solicitado, por quê essa renda não é direcionada para isso? Porque não tem acesso ao De Volta Pra Casa?²⁵ (Brasil, 2003b).

²³ Fonte: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html Acesso 11.04.2010.

²⁴ Fonte: Brasil. Constituição Federal de 1988, Sessão II, da Saúde, Artº. 198, 1988b.

²⁵ Lei nº 10.708, de julho de 2003 e Portaria nº 2077, de outubro de 2003.

Neste sentido, cabe interrogar sobre o destino dessa renda, *direito* do morador, fruto do seu *trabalho*, bem como sua inserção no *mundo do trabalho solidário*, fora da instituição.

Um processo de desinstitucionalização desse porte demanda: a. moradia substitutiva ao modelo asilar, assegurada pelas Portarias nº GM 1220/2000 e nº 277/2003, dos serviços residenciais terapêuticos; b. estratégias de reinserção laboral, de perspectiva emancipatória, alinhada à Economia Solidária²⁶; c. ações de *aproximação responsável* junto à comunidade e antigos laços de parentesco.

Ou seja, esta voz que não se consegue ouvir, deve ser alvo das políticas públicas de saúde do Município e apresentar-se aos gestores locais como um imperativo ético de invenção de novas formas de morar e viver. Isso está na Declaração Universal dos Direitos Humanos em seu Artº 2:

todos os seres humanos podem invocar os direitos e as liberdades proclamados na presente Declaração, sem distinção alguma, nomeadamente de raça, de cor, de sexo, de língua, de religião, de opinião política ou outra, de origem nacional ou social, de fortuna, de nascimento ou de qualquer outra situação (ONU, Declaração Universal dos Direitos Humanos, Artº 2, 1948).

Comprovadamente, a vida no asilo compromete o usufruto dos *direitos* dos moradores, e desse em particular, pois

toda pessoa que apresente redução funcional tem direito ao diagnóstico e à avaliação de uma equipe multiprofissional (formada por médicos, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais, enfermeiros, nutricionistas e outros). De igual forma, tem direito de beneficiar-se dos processos de reabilitação de seu estado físico, mental ou sensorial, quando este constituir obstáculo para sua inclusão educativa, laboral e social (Brasil, 2006a).

²⁶ Portaria 1.169, de 07 de julho de 2005, “implementa incentivo financeiro para Municípios que desenvolvam projetos de Inclusão Social pelo Trabalho destinado a pessoas portadoras de transtornos mentais e/ou de transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas” (Brasil, 2005b).

Na *dimensão da vida da pessoa*, trata-se de uma longa história sob a tutela do hospital psiquiátrico²⁷.

Na dimensão da realidade local, quando o morador é natural de Araras, como é o caso, o percurso da institucionalização denuncia a falta de projetos que potencializem o contato e o vínculo entre morador e familiares, de modo a se perguntarem sobre a melhor forma, ou em que condições retomariam a vida juntos, ou não.

Pode-se concluir, dadas as ofertas terapêuticas desse morador, captadas pelo Censo: a. escassez de projetos que apostam para outras formas de viver e avancem na perspectiva da desinstitucionalização; b. *necessidade* de re-posicionamento do hospital no sistema público de saúde de Araras; d. articulação dos setores da sociedade (trabalho, moradia, educação) para desenvolvimento de estratégias de reinserção social alinhados à Reforma Psiquiátrica.

²⁷ Cabe fazer referência à conceituação de Goffman (1996) de *instituição total*. Estas podem ser caracterizadas como locais de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla, por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada. Essas *instituições totais* não permitem contacto entre o internado e o mundo exterior, até porque o objetivo é excluí-lo do mundo originário, a fim de que absorva as regras internas. Essas instituições podem ser divididas em cinco tipos: a) para cuidar das pessoas que são incapazes e inofensivas; b) para cuidar de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas e que são uma ameaça à comunidade, embora de maneira não intencional; c) para proteger a comunidade contra perigos intencionais, e o bem-estar das pessoas isoladas não constitui o problema imediato; d) para realizar de modo mais adequado alguma tarefa de trabalho, e que se justificam através de tais fundamentos instrumentais; d) estabelecimentos destinados a servir de refúgio do mundo, embora muitas vezes sirvam também como locais de instrução para os religiosos.

d. quatro Vidas

teria autonomia para viver junto à família, mas a irmã não o quer

Fonte: Censo Psicossocial, 2008

Morador de 44 anos, solteiro, nascido e residente em Araras. Branco, não possui religião. Comunica-se sempre e por vontade própria, mas demonstra pouca compreensão. Cuida da higiene quando solicitado. Alimenta-se à mesa, utiliza talheres diariamente por vontade própria. É alfabetizado e consegue escrever o próprio nome. Usa prótese dentária (Censo Psicossocial, 2008).

O pai e a mãe moram em Araras.

Tem Certidão de Nascimento, mas a data de nascimento que consta no Prontuário não é igual à da Certidão (Censo Psicossocial, 2008).

Mora na enfermaria porque não tem outro local para viver. Foi internado em 1980 pelos familiares de forma involuntária. O diagnóstico é F07.8²⁸. Não há informação sobre o histórico de tratamento extra-hospitalar.

Recebe visitas eventuais de familiares, mas não as realiza. Transita e participa das atividades no hospital desacompanhado. Consegue sair do hospital se orientado e não usa transporte coletivo.

Possui curador e permanece na instituição por motivo de *precariedade social*. Nunca trabalhou e sua renda advém da LOAS (Censo Psicossocial, 2008).

Faz compras e participa de atividades fora do hospital quando acompanhado.

Gostaria de morar fora do hospital, na própria cidade de Araras.

²⁸ De acordo com a CID 10: "Outros transtornos orgânicos da personalidade e do comportamento devidos a doença cerebral, lesão e disfunção".

Análise dos dados

São trinta anos sob tutela asilar. De antemão pode-se afirmar um intenso processo de institucionalização, enfraquecimento de vínculos sociais e afetivos, despertencimento social e expropriação de direitos.

Ora, constata-se uma trajetória psiquiátrica iniciada na juventude, pois chegou ao asilo aos 12 anos, e apartamento do sistema educacional, de lazer, da cultura, do trabalho e da possibilidade de construir laços de amizade juvenis que o convívio em liberdade proporciona.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, em seu Artº 9, garante que “ninguém pode ser arbitrariamente preso, detido ou exilado”. Pelo o que consta no Censo, o morador não cometeu delitos, tampouco cumpre pena, para habitar um hospital psiquiátrico durante três décadas, o que agrava as dúvidas sobre as razões para a permanência em forma de exílio e pergunta-se, ainda, o que o mantém no hospital psiquiátrico.

A história desse morador é anacrônica à legislação em saúde mental no Brasil. A Lei 10.216 da Reforma Psiquiátrica, de abril de 2001, em seu Art 4º, inciso 1º, determina que “o tratamento visará, como finalidade permanente, à reinserção social do paciente em seu meio”. Ademais, em seu Art. 5º, define que:

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 (Brasil, 2004).

Ora, o motivo para a permanência do morador no asilo é *precariedade social* e deve ser objeto de intervenção e fomento de políticas específicas que visem à restituição da vida em liberdade.

O morador recebe LOAS e deseja morar fora do hospital, como o previsto na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Lei 8742, de 1993, Art. 25, que reconhece

os projetos de enfrentamento da pobreza compreendem a instituição de investimento econômico social nos grupos populares, buscando subsidiar, financeira e tecnicamente, iniciativas que lhes garantam meios, capacidade produtiva e de gestão para melhoria das condições gerais de subsistência, elevação do padrão da qualidade de vida, a preservação do meio-ambiente e sua organização social. Art. 26. O incentivo a projetos de enfrentamento da pobreza assentar-se-á em mecanismos de articulação e de participação de diferentes áreas governamentais, não governamentais e da sociedade civil. (Brasil, Lei 8742, Seção V, Artº 25 e Artº 26, 1993).

Sua permanência no hospital psiquiátrico se contrapõe à LOAS, à Lei nº 10.216, e sugere impasses no modo de gestão do recurso financeiro do morador, feito por meio de curatela.

Os dados encontrados no Censo sinalizam a necessidade de resgate de seus *direitos*, suprimidos por força de políticas pouco sensíveis aos mais frágeis, que produzem pobreza e precariedade social, que alimentavam, até 07 de abril de 2001, os mecanismos de *manutenção das pessoas em instituições asilares*.

A história desse morador que “gostaria de morar fora do hospital, na própria cidade de Araras” provoca as seguintes perguntas: quais são seus desejos? seus objetivos de vida? como gostaria de viver? voltaria para seus familiares ou gostaria de viver em outro local? por quê não tem acesso ao De Volta Pra Casa? Por quê não existem projetos de geração de trabalho e renda orientados pelas diretrizes da Economia Solidária, conforme recomenda o Censo Psicossocial? (Censo Psicossocial, 2008).

Estas perguntas servem para todas as pessoas desse estudo, submetidas ao projeto assistencial que *valida* o asilo como ordenador de suas *vidas e histórias*, em particular no caso desse morador, que nem diagnóstico psiquiátrico tem.

No entanto, o desejo desse morador, de ser ouvido, expressa o horizonte ético e político que se almeja para a sociedade contemporânea, garantido pela Lei 10.216, no Art 2º,

inciso I, “é direito da pessoa portadora de transtorno mental ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades” (Brasil, 2004, p. 17).

Com efeito, sem diagnóstico psiquiátrico, o morador permanece no hospital.

Constata-se, desta forma, a subjugação de uma vida há três décadas. De fato, as estruturas manicomiais, distantes dos espaços urbanos, produziram isenção da sociedade civil - incluindo os familiares – com relação ao cuidado, responsabilização e direito ao asilo²⁹ de pessoas fragilizadas.

²⁹ A internação pode se processar como redução de autonomia ou como direito ao asilo. A internação protege a sociedade ou acolhe e cuida de pessoas nos momentos de maior fragilidade. Isto porque “não tem sido automática a passagem de uma situação de desvalor para uma situação de participação efetiva no intercâmbio social. Ao contrário, é mais presente a tendência a estacionarmos em um patamar de assistência humanizada, mais tolerante, eventualmente até mais belo, porém igualmente excluída e desvalida. Tem sido um esforço grande a busca por formas de atuação que indiquem um caminho para além deste patamar. Creio que é neste contexto que a reabilitação torna-se uma temática importante (Kinoshita, 2001).

e. cinco Vidas

a família é curadora do paciente

Fonte: Censo Psicossocial, 2008

Morador de 46 anos, solteiro, nascido e residente em Araras. Branco, católico, fumante. Comunica-se sempre, e por vontade própria. Usa prótese dentária. Tem deficiência física. Foi alfabetizado até o ensino fundamental, mas não o completou. Cuida dos hábitos higiênicos, alimenta-se à mesa e usa talheres, por vontade própria. Veste-se com roupas de boa higiene e alinhadas.

Tem pai e mãe, não comprovado por documentação, com endereço em Araras. Não tem documentos. Recebe e realiza visitas mensais aos familiares, mas não sai e nem demonstra interesse para sair de licença terapêutica. (Censo Psicossocial, 2008).

Mora na enfermaria desde 1990, trazido pela família, de forma involuntária, porque não tem lugar para viver fora e permanece na instituição por ser portador de transtorno mental. O diagnóstico psiquiátrico atual é F.20.5³⁰, sem história de tratamento extra-hospitalar.

A “família” é curadora, recebe a LOAS (Censo Psicossocial, 2008).

Nunca trabalhou, mas participa da horticultura medicinal.

Transita, sai e participa de atividades no hospital quando acompanhado. Não usa transporte coletivo. Faz compras somente no hospital acompanhado e com auxílio de outros (Censo Psicossocial, 2008).

Não gostaria de viver fora do hospital.

³⁰ Segundo a CID 10, Esquizofrenia residual.

Análise dos dados

O morador tem vínculos familiares, renda, capacidade para o trabalho, em plena idade produtiva. Esses dados provocam indagações sobre as razões de sua permanência no asilo: os vínculos afetivos são insuficientes para um retorno? que ações de saúde poderiam promover sua reinserção social? o que o faz querer ficar no hospital?

São 20 anos de internação, mas há indicadores que, *a priori*, são favoráveis para a vida fora do asilo. Contudo, o morador não expressa este desejo. Pode-se conjecturar que uma vida cerceada durante duas décadas no asilo “acaba por objetualizar-se nas próprias regras institucionais” (Basaglia, 2005a). Ou seja, conforma-se com aquilo que se lhe apresenta, como se fosse natural e único esse local para viver.

Cabe também problematizar a função da curatela em histórias como a desse morador, já que tem renda e não consome fora do asilo, tem LOAS e não tem acesso ao dinheiro, permanece fora do convívio familiar e social, apartado do jogo produtivo. No entanto, a *vida* desse morador vale, institucionalmente, o produto de todas essas fontes de renda, ou seja, são vinte anos de transferência de recursos públicos para garantir processos de cuidado e o que se obtém de resposta às ações oferecidas pela instituição é: “*não gostaria de viver fora do hospital*”.

Fica evidente, nesse caso, que a estratégia de cuidados adotada pelo asilo produziu relação de dependência e não de emancipação (Rotelli, 1990a).

Esse percurso afirma a necessidade da desconstrução dos saberes, práticas, valores sociais e culturais *asilares* e implementação de projetos de cuidado comprometidos com a afirmação dos direitos de cidadania e com a luta contra os mecanismos de exclusão social (Brasil, 2004).

As duas décadas de institucionalização desse morador corroboram os

dados do Censo [que] evidenciam os resultados ou produtos sociais das internações de longa permanência: analfabetismo, institucionalização, exclusão, subordinação, abandono, despertencimento, desfiliação (Barros e Bichaff, 2008, p. 47).

Ele poderia morar fora do hospital psiquiátrico. A Portaria GM nº 106/2000, estabelece que os Serviços Residenciais Terapêuticos são instrumentos que podem incidir “nas necessidades dos usuários, visando à construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida cotidiana e à ampliação da inserção social” (Brasil, 2004, p. 101).

No entanto, o morador não deseja morar fora do hospital. É um direito do morador a opção pelo asilo psiquiátrico. Contudo, a gestão pública deve proporcionar outros recursos, além dos oferecidos pelo hospital psiquiátrico, para a satisfação de *necessidades* de vida de pessoas há longo período institucionalizadas, em particular no que se refere ao resgate de seus direitos.

Segundo Barros e Bichaff (2008), os moradores que *não* desejam sair dos hospitais psiquiátricos

apontam para a necessária proposição de ações de co-responsabilização entre poder público e sociedade civil, de projetos intersetoriais para a reconstrução de laços familiares, quando possível; construção de redes sociais de sustentação no entorno dos serviços residenciais terapêuticos, por meio da articulação com os Centros de Atenção Psicossocial; promoção de boa vizinhança, baseado no princípio da transferência de poder de contratualidade (Barros; Bichaff, 2008, p 108).

Segundo o Plano Estadual de Saúde para o Estado de São Paulo,

com base na redução progressiva e planejada de leitos em hospitais psiquiátricos e sua substituição por uma rede de atenção em saúde mental, de base territorial, a política de saúde mental do SUS, por meio de atos normativos, apoiada na Lei nº 10.216 (2001) e nas recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2000), prevê a construção articulada de um conjunto de serviços e recursos, capaz de oferecer os cuidados necessários ao tratamento, produção de autonomia e exercício de direitos de cidadania para esta população, ampliando o acesso e a qualidade dos serviços prestados (Souza, 2008)

Constata-se, com esses achados, que o hospital psiquiátrico produz apartamento social, corroborando a idéia que “o lugar por excelência do abandono e exclusão é o

manicômio, assim como outras instituições totais” (Barros e Bichaff, 2008, p. 41) e que somente *projetos intersetoriais* podem dar conta de *objeto* tão complexo: a *vida* de pessoas com experiência de sofrimento psíquico, no seu contexto social.

f. seis Vidas

mãe trabalha na limpeza do hospital. é a curadora. visita todos os dias a filha

Fonte: Censo Psicossocial, 2008

Moradora de 28 anos, solteira, nascida e residente em Araras.

Parda, não tem religião. Não se comunica, não interage nem quando solicitada, nem com auxílio. Usa prótese dentária. Alimenta-se à mesa e usa talheres por vontade própria. Veste-se somente com ajuda. Toma banho em cadeira especial com mangueira. Não foi alfabetizada.

Sorri bastante (Censo Psicossocial, 2008).

Não tem diagnóstico psiquiátrico³¹ e a família a internou, de forma involuntária, em 1995. Tem apenas Certidão de Nascimento.

Nunca trabalhou.

A mãe mora em Araras, trabalha na limpeza do hospital³², é sua curadora e a visita todos os dias. Os motivos para morar no hospital são *precariedade social*, doença clínica e porque não possui outro lugar para viver, mesmo tendo LOAS (Censo Psicossocial, 2008).

(Censo Psicossocial, 2008).

Transita e sai do hospital, participa de atividades e faz compras no hospital, acompanhada pela equipe. Não utiliza transporte coletivo (Censo Psicossocial, 2008).

É impossibilitada de responder se gostaria ou não morar fora do hospital.

³¹Segundo a CID 10, G 82.0: Paraplegia Flácida.

³²Consta nas Impressões do Pesquisador sobre a Equipe: “equipe pequena para demanda dos pacientes. Poucos técnicos. Enfermagem: muitos de licença saúde. Quanto ao Prontuário: “pobre de informação. Equipe quem dá informações do dia a dia da paciente” (Censo Psicossocial, 2008).

Análise dos dados

Tratava-se de uma menina 13 anos, que há 15 adentrou os muros do hospital psiquiátrico *sem diagnóstico psiquiátrico*. Segundo o Ministério da Saúde:

a pessoa com deficiência deve receber atenção igual a qualquer cidadão, além de ter direito a diagnóstico específico, a serviços de prevenção e de reabilitação, à aquisição gratuita de órteses e próteses por intermédio do Sistema Único de Saúde. Será considerada como parte integrante do processo de reabilitação a concessão de órtese e prótese, visto que tais equipamentos complementam o atendimento, aumentando as possibilidades de independência e inclusão. A concessão desses equipamentos estará estreitamente vinculada ao atendimento de reabilitação, devendo a prescrição obedecer à criteriosa avaliação funcional. Além disso, busca-se promover o acesso dessas pessoas aos medicamentos e aos exames que auxiliam no diagnóstico e na terapia (Brasil, 2006a).

Há diretrizes para que cuidado para essa população responda às suas *necessidades* específicas. Ainda segundo o Ministério da Saúde,

a assistência a esse segmento pautar-se-á no pressuposto de que a pessoa portadora de deficiência, além da necessidade de atenção à saúde específica da sua própria condição, é um cidadão que pode ser acometido de doenças e agravos comuns aos demais, necessitando, portanto, de outros tipos de serviços além daqueles estritamente ligados a sua deficiência. Nesse sentido, a assistência à saúde do portador de deficiência não poderá ocorrer somente nas instituições específicas de reabilitação, devendo ser assegurado a ele o atendimento na rede de serviços, nos diversos níveis de complexidade e especialidades médicas (Brasil, 2008).

Por se tratar de uma *vida* que ingressa no circuito psiquiátrico aos treze anos de idade, sem diagnóstico psiquiátrico, há elementos que indicam processos de exclusão relacionados aos direitos da criança e adolescente (Brasil, 1990b).

É assegurado no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no seu Art ° 54, inciso III “atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino” (Brasil, 1990b).

E, em relação às questões que envolvem a saúde da criança e do adolescente, é assegurado no ECA, no Art 11, inciso 1º, “atendimento médico à criança e ao adolescente, através do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e

serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde”. Ainda assegura que a “criança e o adolescente portadores de deficiência receberão atendimento especializado” (Brasil, 1990b).

Ademais, tratando-se de um quadro não-psiquiátrico, há que se considerar as razões da sua permanência no hospital. Não há informação se teve acesso a instituições especializadas, fato que demonstra o papel central do hospital psiquiátrico da cidade com relação à oferta de cuidado às pessoas que apresentam necessidades especiais.

A moradora recebe LOAS: como utiliza esse recurso? Esse dinheiro está à disposição de suas necessidades? vive sua *vida* no hospital psiquiátrico, pago com recursos públicos, com o que gasta seu dinheiro dentro do hospital?

De fato, a história dessa pessoa evidencia uma série de fragilidades: orgânicas, fisiológicas e de acesso aos bens de consumo, necessidade de cuidado específico. No entanto, estas formas de cuidados (acesso à educação, trabalho, lazer, cultura, etc.) não são proporcionadas por um hospital psiquiátrico, porque ali o *objeto de intervenção* é a *doença psiquiátrica*, coisa que a moradora não porta.

Sendo assim, esses elementos justificam a propositura de cuidados que demandam tecnologias específicas, alinhadas à história e desenvolvimento da moradora e que devem ser operacionalizados em outro equipamento de saúde ou na sua própria residência.

É significativo o fato da mãe trabalhar na instituição. que relações estabelece em torno da moradora? o que a mantém no hospital psiquiátrico?

Atitudes como benevolência, gratidão, caridade, obséquio, enfim, são modos que podem operar na relação família/hospital e na própria dinâmica assistencial, marca das instituições totais (Saraceno, 2001a). Na vigência hipotética de atitudes assim, abre-se uma

gama de suspeições sobre a necessidade de manter a moradora no espaço asilar, alimentando o modelo manicomial³³.

Por quê não morar num serviço residencial terapêutico e a mãe ser acompanhante comunitário? por quê não essa dupla libertação? por quê não acessar o De Volta Pra Casa?

Outro elemento descrito pelo entrevistador e passível de análise é a insuficiência de equipe especializada para o trabalho com pessoas que apresentam necessidades especiais (Censo Psicossocial, 2008). O entrevistador oferece indicativos sobre a carência de equipe de trabalho no setor, sinalizando um cenário (novamente) contraposto aos prescritos pelas políticas específicas de cuidados às pessoas com necessidades especiais.

Assiste-se, assim, uma trajetória asilar/psiquiátrica, iniciada na adolescência, plena de processos de despertencimento social e apartamento dos direitos civis e fundamentais.

O Plano Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência define que os gestores buscarão estabelecer processos permanentes de articulação e integração institucional, tendo em vista a consolidação de *compromissos intersetoriais* que deverão configurar parcerias efetivas para a implementação das políticas (Brasil, 2008).

Assim, há diretrizes específicas para a articulação entre os setores da gestão pública, com os quais procurar-se-á consolidar os direitos e a permanência de pessoas com deficiência na comunidade (Brasil, 2008). De acordo com o Plano Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência,

as ações de reabilitação deverão ter uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar, de modo a garantir tanto a sua qualidade quanto o princípio da integralidade³⁴ (Brasil, 2008).

³³ Vide Capítulo 3 desse estudo, subtítulo “Cronologia dos acontecimentos que envolveram a realização do estudo”. O hospital psiquiátrico local projeta-se no imaginário coletivo do Município como um projeto assistencial benevolente e eficaz para a oferta de cuidados em saúde mental.

³⁴ A presente Política vem contribuindo para o cumprimento dos princípios e das diretrizes do SUS, explicitados na Lei n.º 8.080/90, sobretudo no seu capítulo II, art. 7º. Entre esses, destacam a integralidade, que deve ser entendida “como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do Sistema” (Brasil, 2008, p. 58).

Segundo ainda as propostas do Ministério da Saúde, são estabelecidas diretrizes

nas diversas áreas de atenção à população portadora de deficiência, como a de saúde, de educação, de emprego e renda, de seguridade social, de legislação, etc., as quais os estados membros devem considerar na definição e na execução de suas políticas, seus planos e programas voltados a tais pessoas (Brasil, 2008, p. 07).

Também não se pode deixar de mencionar que é assegurado [para essa população] “a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária” (Brasil, 1988b). Ou seja, a *utopia* é o horizonte ético e político que aponta para uma vida em liberdade, nas esferas da vida coletiva: cultura, lazer, educação, etc.

g. sete Vidas

liberdade: Por que ficar preso aqui?

Fonte: Censo Psicossocial, 2008

Morador de 45 anos, solteiro, nascido e residente em Araras.

Negro, espírita. Tem deficiência visual e usa óculos. Comunica-se sempre e por vontade própria. Usa prótese dentária. Veste-se com roupas alinhadas, alimenta-se à mesa e utiliza talheres por vontade própria.

É alfabetizado e consegue escrever o próprio nome. Frequenta a escola da clínica em parceria com a prefeitura da cidade e participa das oficinas terapêuticas.

Pai e mãe, de forma não comprovada por documentação, moram em Araras. Recebe e faz visitas semanais aos familiares (Censo Psicossocial, 2008).

Chegou ao hospital psiquiátrico em 2004, por meio de internação involuntária e não realizou tratamento extra-hospitalar. O diagnóstico é F068³⁵, sem doenças clínicas associadas.

Não tem documentos. Era desempregado antes da internação. Tem curador e recebe LOAS.

Transita pelo hospital desacompanhado. Sai do hospital, participa de atividades, usa transporte coletivo e faz compras fora do hospital acompanhado.

Mora no asilo por motivo de transtorno mental, mas possui lugar para viver fora.

Gostaria de morar fora do hospital e que já deveria ter saído.

O Município escolhido pelo morador após sua saída seria Araras (Censo Psicossocial, 2008).

³⁵ Segundo a CID 10, Outros transtornos mentais especificados, devidos a uma lesão e disfunção cerebral e a uma doença física.

Análise dos dados

Entre os onze moradores, três têm diagnóstico psiquiátrico. Esse é um deles, ou seja, cerca de 30% da população estudada.

É significativa a inexistência de cuidados extra-hospitalares anteriores à chegada do morador no asilo na vigência da Lei 10.216, de 2001, que se contrapõe à institucionalização de pessoas com experiência de sofrimento psíquico na relação com o corpo social.

Este fato é paradoxal na rede de saúde mental do Município, já que, em 2002, vigia a política pública de cuidados de base territorial-comunitária (CAPS I, II e III)³⁶ e as diretrizes do Ministério da Saúde aos Municípios brasileiros, para efetivação da Reforma Psiquiátrica e como estratégia para evitar internações prolongadas em hospitais psiquiátricos.

Com efeito, é estabelecido como “porta de entrada da rede de saúde mental as Unidades Básicas de Saúde, preferencialmente por meio da estratégia de Saúde da Família” (Brasil, 2002a, p. 48), cenário que é observado na cidade de Araras, cuja rede de atenção básica é composta por 18 (dezoito) Unidades do Programa de Saúde da Família, PSF, na zona urbana e 04 (quatro) Unidades localizadas na zona rural.

Essa contradição leva ao questionamento sobre as razões da permanência, há seis anos, dessa pessoa no hospital, no período de avanço nas políticas de desinstitucionalização e implantação de ações territoriais por meio do PSF, no Município.

A trajetória desse ararense no asilo psiquiátrico, na contramão do modelo de atenção à saúde mental, pode ser um indicador que cerca de 30% da população que habita um hospital psiquiátrico tem diagnóstico psiquiátrico, enquanto os outros 70% estão ali por *precariedade social*, sem indicação diagnóstica para a internação.

³⁶ Vide Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Acrescenta novos parâmetros aos definidos pela Portaria no 224/92 para a área ambulatorial, ampliando a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária, estabelecendo portes diferenciados a partir de critérios populacionais, e direcionando novos serviços específicos para área de álcool e outras drogas e infância e adolescência.

A despeito do diagnóstico psiquiátrico, sua permanência nega os dispositivos de inclusão social disponíveis: atenção comunitária nos CAPS, incentivo à desinstitucionalização por meio do Programa de Volta pra Casa, incentivo aos Municípios para desenvolvimento de projetos de geração de trabalho e renda na perspectiva da Economia Solidária.

Existe um CAPS II em Araras. Esse é o lugar de cuidado indicado para esse morador. Três perguntas ficam para serem respondidas: por quê o CAPS II não se responsabiliza pelo morador? por quê o hospital não o liberta para ter acesso aos seus direitos? quem vai responder por isso?

Segundo Aranha e Silva (1997), os usuários dos serviços de saúde mental, por seu baixo grau de escolaridade, formação profissional precária, presença de preconceito no imaginário coletivo, relação familiar permeada pela desconfiança na sua capacidade produtiva, experimentam uma condição desfavorável no jogo social.

O desejo de liberdade desse senhor convoca a implantação de políticas desinstitucionalizantes no Município. De fato, trata-se de um direito constitucional do morador e previsto para todos os brasileiros, salvo em situações de penalidade ou crime (Brasil, 1988b). No Artº 5, inciso LIV, a Constituição prevê que “ninguém será privado da liberdade ou de seus bens sem o devido processo legal” (Brasil, Constituição, Artº 5, inciso LIV, 1988b).

Essa constatação demonstra a dívida histórica que a sociedade, e os órgãos responsáveis pela garantia dos direitos fundamentais, têm com mais frágeis.

A vida atravessada pelo sofrimento psíquico intenso não equivale a nenhuma forma de delito penal, tampouco sugere aprisionamento no cotidiano asilar. Assim, este morador, que não cometeu crime e não é passível de pena, tem o *direito* de viver fora do manicômio, condição irrevogável para a implantação estratégias desinstitucionalizantes.

Poder-se-ia dizer que a pena que esse morador cumpre é decorrente do crime de ter nascido e vivido em desvantagem na relação com o corpo social porque vive a experiência de sofrimento psíquico.

Uma história que expressa desejo de viver fora do asilo indica urgência na implantação de processos de resgate de direitos fundamentais no Município. Trata-se de uma escolha ética: ou se valida este desejo *direito*, ou se permanece conivente com a supressão da Lei.

Constata-se que o modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico sobrepuja os próprios recursos que existem no Município, sinalizando dificuldade para a efetivação da Reforma Psiquiátrica. Isso porque,

para a efetivação da Reforma Psiquiátrica é necessário que cada Município viabilize, de acordo com a realidade local e no contexto do SUS, a partir dos recursos disponíveis e/ou da criação dos dispositivos pertinentes à sua realidade, a implementação de uma rede de serviços de saúde mental substitutiva ao hospital psiquiátrico, capaz de oferecer atenção integral ao usuário de saúde mental e a seus familiares, em todas as suas necessidades, nas 24h, durante os 7 dias da semana, fortalecendo a diversidade de ações e a desinstitucionalização. Esta rede, composta por modalidades diversificadas de atenção e integrada à rede básica territorializada, deve contemplar ações referentes às áreas de trabalho, moradia e educação e, também, ser estruturada de forma descentralizada, integrada e intersetorial, de acordo com as necessidades dos usuários, visando garantir o acesso universal a serviços públicos humanizados e de qualidade (Brasil, 2002a)

Por outro lado, o morador integra um projeto educacional vinculado e/ou proposto pelo hospital psiquiátrico. Neste aspecto, a educação de adulto requer planejamento educacional alinhado às políticas intersetoriais de *educação inclusiva*³⁷. Cabe indagar se as estratégias pedagógicas utilizadas por essa escola suprem essa *necessidade*.

Um projeto educacional, organizado e administrado por um hospital psiquiátrico, pode estar servindo ainda mais para a manutenção de moradores em seu interior, além de estar na contramão das políticas de inclusão na rede pública de educação.

³⁷ Sobre a Política Nacional de *Educação Inclusiva*, bem como as diretrizes e ações propostas, consultar: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12507&Itemid=826

h. oito Vidas

o morador permanece na enfermaria do hospital psiquiátrico, contudo, possui lugar para viver fora

Fonte: Censo Psicossocial, 2008

Morador de 49 anos, solteiro, nascido e residente em Araras.

Branco, católico, fumante. Comunica-se, alimenta-se e cuida da higiene sempre e por vontade própria. Usa prótese dentária. O morador é identificado pela equipe do hospital como Paciente, que é calmo, bem estabilizado (Censo Psicossocial, 2008). Alfabetizado, consegue escrever o próprio nome. Não tem documentos civis.

O pai e a mãe moram em Araras, sem comprovação documental.

Trazido pela família ao hospital em 1989, foi internado de forma involuntária e não há informações sobre tratamento extra-hospitalar. O diagnóstico psiquiátrico atual é F07.9³⁸.

Jamais trabalhou e recebe LOAS. A curadora é uma tia, que recebe o dinheiro. Mora na enfermaria por *precariedade social*, contudo, possui lugar para viver fora. Recebe visitas eventuais, mas não as realiza. Não sai de licença terapêutica, tampouco pensa sobre a possibilidade (Censo Psicossocial, 2008).

Faz compras somente no hospital acompanhado e com ajuda.

Participa do Projeto Terra Flora, não especificado no Questionário.

Transita e participa de atividades dentro e fora do hospital quando acompanhado, entretanto, sai do hospital desacompanhado. Não utiliza transporte coletivo.

Não gostaria de viver fora do hospital.

³⁸ Segundo a CID 10, Transtorno orgânico não especificado da personalidade e do comportamento devido à doença cerebral, lesão e disfunção.

Análise dos dados

Vinte e um anos de institucionalização. Duas décadas no espaço asilar, sem outras possibilidades de existência que não as em conformidade com o legado administrativo e cotidiano do hospital psiquiátrico.

A internação involuntária, que inicia a trajetória asilar/psiquiátrica, é identificada “com características de seqüestro, terminando por comprometer a autonomia pessoal, e por isto implicando a institucionalização das pessoas como moradores dos hospitais” (Barros; Bichaff, 2008, p. 89).

Percalços ou não de gestão pública em saúde mental, a presença desse morador no circuito psiquiátrico, durante duas décadas, atesta um cenário contraposto à Lei 8.080, que em seu Art.º 7, inciso I dispõe sobre a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência” (Brasil, Lei 8.080, Cap. 2, Artº 7, inciso I, 1988a).

Entretanto, conforme apontam Barros e Bichaff

continuam existindo, em todos os países do mundo, lacunas flagrantes no que se refere à aplicação dos direitos humanos. Os abusos, a discriminação e a desigualdade continuam sendo freqüentes. Estão, talvez, até aumentando, em consequência de novas formas de opressão e violência e devido a desigualdades econômicas e sociais (Barros; Bichaff, 2008, p.11).

Ou seja, a opção política de não habilitar o Município para as políticas públicas, alinhadas aos processos de desinstitucionalização e Reforma Psiquiátrica, que enfrentem a necessidade de moradia, de trabalho, de educação, das pessoas com experiência de sofrimento psíquico, continua produzindo *vidas submetidas* - única e exclusivamente - aos arranjos manicomiais.

Nesse quadro, perguntar-se-ia que razões mantém esse morador sob o julgo do asilo, uma vez que tem lugar para morar fora do manicômio, tem parentes, renda, é minimamente alfabetizado, cuida de si, elementos favoráveis para a vida em liberdade.

Esse conjunto de *recursos e possibilidades* (Barros e Bichaff, 2008) indica a implantação imediata de medidas de resgate de direitos civis e fomento de estratégias para o retorno à cidade.

Entretanto, o morador não gostaria de morar fora do hospital (Censo Psicossocial, 2008).

De fato, vinte anos no hospital psiquiátrico resultam numa amálgama peculiar de percepções, sensações e olhares diante da vida: sempre os mesmos rostos, sempre os mesmos corredores, sempre os mesmos muros, o sol sempre na mesma hora e a noite também.

Como cuidar de uma casa? como administrar o dinheiro que não lhe chega às mãos? como escolher o que comprar, e onde, se está tudo ali, às mãos, dentro do asilo? como andar na cidade se não for no trenzinho da alegria? como trabalhar se não for para ter com o que se ocupar e ser útil? como não esperar a aprovação diante de uma atitude disciplinada?

Problemas intransponíveis para quem vive a totalidade do tempo sob tutela.

Assim, a perspectiva de vida sem tutela institucional, pode produzir medo, apreensão, insegurança para a vida em liberdade e a possibilidade de uma nova forma de viver a vida pode ser percebida com temor.

A manutenção desse morador no hospital psiquiátrico coloca à cidade sérios desafios: trata-se de seqüestro da cidadania? como construir formas de tratar/cuidar menos excludentes? qual o projeto de vida necessário para essa pessoa? como resgatar direitos civis após duas décadas?

Um macro-hospital psiquiátrico vive por se alimentar de situações de miséria e pobreza material, visto que o morador permanece na instituição por precariedade social.

Isso implica

que a desinstitucionalização de pessoas há longo tempo internadas em hospitais psiquiátricos constitui uma exigência ética, institucional, técnica, e social para viabilizar a garantia da reconstrução da cidadania, a restituição do direito à moradia, e do acesso à atenção psicossocial em serviços de base comunitária/territorial que promovam um cuidado eficaz e promotor de inclusão social (Barros; Bichaff, 2008, p. 124).

i. nove Vidas

já mora fora. quer voltar para a família

Fonte: Censo Psicossocial, 2008

Moradora de 63 anos, solteira, nascida e residente em Araras.

Branca, evangélica, fumante. Não sabe informar o grau de escolaridade. Comunica-se, alimenta-se, veste-se e cuida de si sem ajuda. Segundo o Questionário do Censo, é uma Paciente com total autonomia. Usa prótese dentária.

O endereço atual dos familiares, de quem recebe visitas mensais, mas não as realiza, é em Araras.

Está no hospital desde 1995, via internação involuntária e atualmente mora no lar abrigado administrado pelo hospital e não possui lugar para ficar fora dele, por *precariedade social* e transtorno mental. Não há informações sobre tratamento extra-hospitalar (Censo Psicossocial, 2008).

Seu diagnóstico psiquiátrico atual é F20.5³⁹.

Não constam documentos civis, que devem estar com o curador, que é um antigo patrão. Trabalhou sem registro em Carteira Profissional. Tem LOAS (Censo Psicossocial, 2008).

Transita, participa das oficinas, faz compras e sai do hospital desacompanhada. Utiliza transporte coletivo acompanhada.

Gostaria de viver fora do hospital.

Na própria cidade de Araras.

³⁹ Segundo a CID 10, Esquizofrenia Residual.

Análise dos dados

O cenário não apresenta razões técnicas ou assistenciais que justifiquem a permanência da moradora no asilo.

O Estatuto do Idoso, assegura, em seu Cap. II, Art. 10

a obrigação do Estado e da sociedade, assegurar à *pessoa idosa a liberdade*, o respeito e a dignidade, como pessoa humana e sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais, garantidos na Constituição e nas leis (grifo nosso) (Brasil, Parecer nº 1301, Cap II, Artº 10, 2003c).

Constata-se uma vida insatisfeita e ofendida na sua liberdade.

De fato, não era o objetivo, e o Censo não perguntou aos familiares da moradora porque sustentam sua permanência no hospital psiquiátrico. Contudo, a moradora quer voltar para a família, na própria cidade de Araras.

Será que ela conhece as razões de sua permanência no hospital e as *possibilidades* (ou não) de seu retorno junto aos familiares? que acordos serão feitos entre familiares e instituição que perpetuam essa pessoa no asilo? que função tem o curador, administrador do dinheiro, na mediação entre a moradora e familiares? por quê não usar seu dinheiro para viver na cidade?

O fato sugere aos gestores de saúde, alinhados aos processos de desinstitucionalização, a necessidade de controle e fiscalização do uso da renda dos moradores e moradoras, fruto da conquista de seus direitos para o gozo da vida em liberdade, porque

a implantação efetiva da Reforma Psiquiátrica requer o desenvolvimento de programas de desinstitucionalização das pessoas há longo tempo internadas, que visem os processos de autonomia, de construção dos direitos de cidadania e de novas possibilidades de vida para todos e que garantam o acesso, o acolhimento, a responsabilização e a produção de novas formas de cuidado do sofrimento (Brasil, 2002a,).

Com relação ao *direito* de morar, a Portaria GM nº 106, de 2000, considera que os Serviços Residenciais Terapêuticos são serviços “sob gestão preferencial do nível local e vinculados, tecnicamente, ao serviço ambulatorial especializado em saúde mental mais próximo”, devem “apresentar estrutura física situada fora dos limites de unidades hospitalares gerais ou especializadas, seguindo critérios estabelecidos pelos gestores municipais e estaduais” (Brasil, Portaria GM 106, Artº 5 e Artº 6, 2000a).

Diante disto, pode-se afirmar que uma moradia vinculada a um hospital psiquiátrico não corresponde ao proposto pela Reforma Psiquiátrica e Ministério da Saúde, pois pode retroalimentar a lógica manicomial, mantenedora de processos de exclusão.

A moradora expressa desejo de viver *fora* do hospital e possui renda.

A declaração do desejo de voltar para a família indica a urgência na implantação de processos de desinstitucionalização no Município. Possuir renda é fundamental para possibilidades de inserção social, mas é necessário estabelecer formas de controle e fiscalização da curatela de moradores de hospitais psiquiátricos, fragilizados em seus direitos e vulneráveis nas trocas sociais.

Considerando que a função do curador é, entre outras, administrar a renda do interditado, fica evidente que a concessão de benefício está relacionada com a presença de membro da rede social do morador, familiar, em sua maioria. Estas evidências indicam a necessidade de revisão das ações relacionadas à interdição e curatela dos moradores em hospitais psiquiátricos, com vistas a reverter o processo de institucionalização derivado das interdições, porque

o que o manicômio não revela é que ele sobrevive – e a vida real é a do manicômio e não a dos moradores – mediante o valor que essa população porta e dele não tem propriedade, ou seja, o dinheiro em forma de AIHs, benefícios e proteção social que não lhes são transferidos diretamente. É importante ressaltar que tal condição imposta aos moradores (incapacidade de administrar a própria vida) é suficientemente justificável pelo próprio saber que definiu o manicômio como o lugar de exercício do seu poder (Barros; Bichaff, 2008, p. 93).

Como assegura a Lei 10.216, a pessoa portadora de transtorno mental, deve

ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando a alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade (Brasil, Lei 10.216, Artº 2, Inciso II, 2001a).

De fato, a moradora apresenta condições para viver fora do hospital. No entanto, permanece à espera de políticas locais específicas e estratégicas, como a habilitação do Município junto ao Ministério da Saúde para implantação dos SRTs.

Finalmente, chama a atenção que sua chegada ao asilo deu-se quando tinha 48 anos de idade, etapa da vida da mulher permeada por transformações biológicas, fisiológicas e psicossociais. Passados quinze anos da internação, no bojo do processo de implementação das políticas de atenção à saúde mental nos serviços comunitários, pergunta-se se suas *necessidades* de saúde específicas receberam os cuidados específicos, no tange aos aspectos relacionados à saúde da mulher.

j. **dez Vidas, mas uma a menos**⁴⁰

interage através do olhar com o meio externo

Fonte: Censo Psicossocial, 2008

Chegou ao hospital em 1998, com cinco anos de idade, de forma involuntária, e a procedência da internação não consta no Questionário do Censo, tampouco diagnóstico psiquiátrico.

Era deficiente física e dependente para os hábitos de higiene, para alimentar-se e para se vestir. Usava prótese dentária. Era branca, sem religião declarada, tinha doenças pulmonares e seu diagnóstico era G80.0⁴¹. Outra hipótese diagnóstica era G80.0, paralisia cerebral. Realizou tratamento extra-hospitalar, anterior à internação, no Pronto Socorro Municipal de Araras, no setor de Neuropediatria.

Sua tia era sua curadora, de quem recebia visitas há cada 15 dias. Permanecia no hospital psiquiátrico por *precariedade social* e transtorno mental e porque não tinha lugar para ficar, mas a residência dos familiares é em Araras. Tinha pai e mãe, de quem recebia visitas quinzenais, mas não as realizava, e não saía de licença terapêutica.

Não foi alfabetizada, jamais trabalhou, mas recebia LOAS.

Nasceu em Araras e morreu aos 17 anos, solteira.

Tinha Registro Geral (RG) e Certidão de Nascimento.

Não se comunicava, nem quando solicitada, nem com auxílio de outros, tampouco transitava pelo hospital. Não participava de atividades dentro ou fora do hospital, porque estes critérios não se aplicavam à moradora (Censo Psicossocial, 2008).

⁴⁰ Morreu em 28.03.2010. Fonte: Tribuna do Povo, edição de 30.03.2010. Notas de falecimento.

⁴¹ Segundo a CID 10, Paralisia Cerebral Quadriplágica Espástica.

Impossibilitada de responder sobre o desejo de morar fora do hospital, interagiu através do olhar com o meio externo.

A usuária teve pneumonia e fazia uso de sonda de gastrostomia. Tinha autorização para sair de licença com tia e com o pai. De outro lado, a família a abandonou e nunca a levou para casa (Censo Psicossocial, 2008).

Análise dos dados

Trata-se de uma moradora com necessidades específicas que não puderam ser contempladas pela rede pública de saúde. O hospital psiquiátrico se configura, assim, como destino de ararenses que necessitam dessa assistência. Como já apontado nesse estudo, alinhado às políticas específicas para pessoas com deficiências, o hospital psiquiátrico não é adequado para essa demanda (Brasil, 2008).

Para o Ministério da Saúde, “as ações de reabilitação deverão ter uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar, de modo a garantir tanto a sua qualidade quanto o princípio da integralidade” (Brasil, 2008, p.34). Neste sentido, é assegurado na Lei 8.080, em seu Artº 7, inciso II, a

integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (Brasil, Lei 8.080, Cap. II, Artº 7, inciso II, 1980a).

Deste modo, para essa moradora, em situação de abandono, sem diagnóstico psiquiátrico, o cuidado que lhe era oferecido pelo hospital psiquiátrico, que por sua própria vocação é cuidar de doentes *mentais*, não foram adequados.

No que se refere à ausência de diagnóstico psiquiátrico, o Estatuto da Criança e do Adolescente, em seu Art. 11. prevê

atendimento médico à criança e ao adolescente, através do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde” [ainda assegura que] “a criança e o adolescente portadores de deficiência receberão atendimento especializado (Brasil, Lei 8.069, Título II, Cap I, Art 11º, 1990b).

Segundo as recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, é proposta às gestões de saúde “a definição de uma política intersetorial para atendimento às pessoas portadoras de deficiência mental articulando as ações da saúde, educacional, assistência social, poder judiciário e atenção às vítimas de violência” (Brasil, 2002a, p. 28).

Além disso, é assegurado que o cuidado às pessoas portadoras de deficiência se dê nos diversos níveis do sistema, fortalecendo e criando serviços de atenção diária, bem como parcerias com organizações não-governamentais, visando a qualidade de vida dos usuários e familiares (Brasil, 2002a).

Constata-se novamente ruptura com relação aos aspectos da cultura, educação, lazer, entre outros, que marcaram sua vida na tenra infância, contrariando o proposto pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, quando afirma em seu Art. 53. que “a criança e o adolescente têm direito à educação, visando ao pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho (Brasil, Lei 8.069, Cap IV, Artº 53 , 1990b).

Os cuidados especiais, necessários à sobrevivência da uma menina nessas condições, requerem investimentos públicos específicos e tecnologias assistenciais fundamentadas num fazer interdisciplinar. Isto equivale à construção de projetos na interface com as políticas de educação, saúde, lazer, cultura, trabalho e moradia.

Vale dizer que situação de *precariedade social* e econômica majora as limitações de pessoas com necessidades especiais, deixando-as mais vulneráveis às formas de exclusão e tutela institucional.

Para Barros e Bichaff é possível que a criação de Serviços Residenciais Terapêuticos abarque diversos grupos de pessoas,

não obstante as possibilidades de serem ativados processos de reabilitação psicossocial com familiares/pessoas da rede social, e nos projetos de articulação e parceria com outras políticas públicas como às dirigidas às pessoas com deficiência (Barros; Bichaff, 2008, p. 126).

Moradora que passou sua infância e viveu a juventude sob a tutela institucional. A marca da infância vivida numa instituição asilar/psiquiátrica sugere rupturas nos encontros, nas brincadeiras, nas fantasias infantis, nos círculos de amizade, na criação dos personagens imaginários, etc., elementos independentes de classe econômica e social.

Por tratar-se de uma situação de abandono, cabe também sinalizar os percalços pelos quais os familiares e/ou parentes de pessoas portadores de necessidades especiais vivenciam em situações complexas, como dessa moradora. Sendo assim, é necessário a constante articulação de serviços especializados. A insuficiência desta articulação pode originar danos afetivos e situações de abandono.

Segundo Barros e Bichaff, é necessária

a articulação com as políticas públicas, estadual e municipais, de saúde da pessoa com deficiência, para aprofundamento da discussão sobre a situação de moradores com deficiência com vistas à elaboração de estratégias intersetoriais para efetivar a desinstitucionalização e a atenção à saúde no território (Barros; Bichaff, 2008, p. 130).

k. onze Vidas

sente-se agitada quando seu espaço físico é “ocupado” por outrem

Fonte: Censo Psicossocial, 2008

Moradora de 20 anos, solteira, negra, religião ignorada. Nascida e residente em Araras.

O pai e a mãe vivem em Araras, de quem recebe visitas quinzenais, mas não as realiza e nem sai de licença terapêutica.

Mora na Unidade Neurológica, via internação involuntária, desde 1996, por *precariedade social*, doença clínica, transtorno mental e porque não possui lugar para ficar fora.

Freqüenta o Centro de Estimulação e Reabilitação Neurológica, CEREN.

Tem pouca ou nenhuma sensibilidade sensorial. Apresenta refluxo crônico. Possui movimentos estereotipados.

Não foi alfabetizada, faz uso de cadeiras de rodas e é dependente total para hábitos higiênicos, para alimentar-se e vestir-se. Usa prótese dentária. Não se comunica, nem quando solicitada, nem com auxílio de outros.

Não tem diagnóstico psiquiátrico. Seu diagnóstico é G 83.9⁴².

Tem curador. Nunca trabalhou, mas recebe LOAS.

Transita, participa de atividades dentro e fora do hospital somente com auxílio.

É impossibilitada de responder sobre o desejo de morar fora do hospital.

⁴² Segundo a CID 10, Síndrome paralítica não especificada.

Análise dos dados

Do mesmo modo, trata-se de uma pessoa que chega para internação psiquiátrica na tenra idade, afastada de possibilidades de cuidados de outros serviços especializados para suas necessidades especiais. Esta constatação sinaliza (novamente) a centralidade ocupada pelo hospital psiquiátrico no Município com relação à assistência de pessoas que apresentam limitações.

Não se pode deixar de notar que se trata de uma moradora que não apresenta diagnóstico psiquiátrico, tampouco comprometimentos psíquicos de ordem psicopatológica (pelo menos não foram apontados pelo Censo). A princípio, trata-se de um diagnóstico de quadro orgânico e/ou neurológico que sinaliza um cenário contraditório com relação à especificidade do hospital psiquiátrico.

Não se conhecem as condições pregressas ao ingresso da moradora no hospital psiquiátrico. No entanto, pode-se perguntar que projetos terapêuticos podem ter sido circunscritos numa internação psiquiátrica de quatorze anos, já que não há relato de outros recursos extra-hospitalares, para a avaliação das condições de vida da moradora. A Portaria MS/SAS n.º 303, de 1992, prevê a possibilidade de internação dessas pessoas se e quando

o atendimento integral à pessoa portadora de deficiência quando, por razões de natureza médica, o regime de internação for o mais adequado ao paciente, após avaliação multiprofissional e confirmação da elegibilidade em reunião de equipe de reabilitação da unidade hospitalar acreditada, onde será traçado o plano individual de tratamento contemplando prevenção, reabilitação e integração do PPD. A alta hospitalar será de responsabilidade do médico assistente, que deverá programá-la de comum acordo com a equipe multiprofissional (Brasil, 2006b).

A Portaria MS/SAS n.º 303, de 1992, ainda estabelece que a assistência à saúde da pessoa portadora de deficiência deverá ocorrer em “Leito ou Unidade de Reabilitação em Hospital Geral” (Brasil, 2006b, p. 59). No mesmo sentido, a Portaria MS/GM n.º 818, de 2001, estabelece que os leitos de reabilitação para portadores de deficiência em Hospital Geral ou

Especializado são destinados ao atendimento integral à pessoa portadora de deficiência física, quando, por indicação médica o regime de internação hospitalar for o mais adequado ao paciente (Brasil, 2006b).

Conforme a Portaria MS/GM nº818, o

Hospital Geral ou Especializado deve ser cadastrado no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIHSUS e possuir condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos especializados para a realização dos procedimentos clínicos, cirúrgicos e diagnósticos, necessários para potencializar as ações de reabilitação (Brasil, 2006b, p. 121).

Assim, a condição de permanência desta moradora há quatorze anos sob regime de internação em um contexto psiquiátrico é difícil de ser compreendida.

O fato denota a inexistência de ativação de políticas intersetoriais, que, nas suas respectivas áreas de abrangência, possam comprometer os gestores para o estabelecimento de processos permanentes de articulação e integração entre instituições.

É assegurado pelo Ministério da Saúde, dentro do contexto das políticas públicas e à luz dos direitos universais,

diretrizes que visam à inclusão plena em todas as esferas da vida social, protegendo a saúde deste segmento populacional, bem como os aspectos de prevenção dos agravos que determinem o aparecimento de deficiência (Brasil, 2006b).

Assim, a questão remete aos *direitos* das pessoas acometidas por quadros neurológicos.

As pessoas com necessidades especiais se distinguem das outras. Desta forma, é importante compreender que, além dos direitos relativos a todos os cidadãos, “as pessoas com deficiência devem ter direitos específicos, que compensem, na medida do possível, as limitações e/ou impossibilidades a que estão sujeitas”.

Quando isto não ocorre, os direitos de todos perdem as suas forças e, em consequência, os direitos específicos das pessoas com deficiência também. Ora, se o direito universal à saúde não está associado aos demais e, além disso, é

cumprido de modo insuficiente pelo Estado, o direito à saúde específico das pessoas com deficiência igualmente será fragilizado ou mesmo negado⁴³.

Neste sentido, a internação em hospital psiquiátrico para essa população é contraindicada (Barros; Bichaff, 2008), porque demanda cuidado especializado, disponibilizado em local adequado e não na dependência de um asilo psiquiátrico.

A moradora agita-se na presença de outros, como invadida no seu espaço⁴⁴:

essa é força irredutível de cada uma dessas pessoas. Elas vivem e sobrevivem a despeito da precariedade, da diversidade, do desconforto, da falta de roupas para se proteger, da comida fria, do banho frio, do mundo inóspito, da falta de privacidades e de direitos (Barros; Bichaff, 2008, p. 94).

⁴³Fonte:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/A%20INCLUSAO%20SOCIAL%20DAS%20PESSOAS%20COM%20DEFICIENCIAS.pdf>

⁴⁴De acordo com o Ministério da Saúde, toda pessoa que apresenta alguma espécie de deficiência tem o direito de ser atendida nos serviços de saúde do SUS, desde os Postos de Saúde e Unidades de Saúde da Família, aos Serviços de Reabilitação e Hospitais. Têm direito a consulta médica, tratamento odontológico, procedimentos de enfermagem, visita de Agentes Comunitários de Saúde, exames básicos e medicamentos que distribuídos pelo SUS. Ressalta-se que a Unidade de Saúde, próxima ao local de residência, é responsável pelo acompanhamento permanente de seus usuários. As pessoas com deficiência são homens e mulheres de todas as faixas etárias, bebês, crianças, jovens e adultos. Todos devem ser acolhidos na Unidade de Saúde e ter respondidas suas necessidades, sejam elas vinculadas ou não à deficiência que apresentam. De acordo com suas características, as pessoas com deficiência têm direito ao encaminhamento para serviços mais complexos, a receber assistência específica nas unidades especializadas de média e alta complexidade, à reabilitação física, auditiva, visual ou intelectual, como também às ajudas técnicas, órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção de que necessitem, complementando o trabalho de reabilitação e as terapias. As equipes das unidades especializadas de reabilitação devem ser multiprofissionais e trabalhar de forma interdisciplinar, envolvendo as famílias, as unidades básicas de saúde e as comunidades, buscando recursos locais que facilitem o desenvolvimento integrado de processos de inclusão da pessoa com deficiência.

Fonte: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24024&janela=1

Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/A%20INCLUSAO%20SOCIAL%20DAS%20PESSOAS%20COM%20DEFICIENCIAS.pdf>

5.3 A vida fora do hospital psiquiátrico: *recursos e possibilidades* nos âmbitos Federal, Estadual e Local

a. Âmbito federal

A Lei Nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993⁴⁵, que dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providência, pode e deve ser acessada pelos serviços de atenção à saúde mental que se comprometem com a garantia dos direitos das pessoas sob sua responsabilidade.

No caso da população moradora em hospital psiquiátrico, as pessoas portadoras de deficiência e idosas com 70 (setenta) anos ou mais “e que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família” são beneficiários natos:

SEÇÃO I

Do Benefício de Prestação Continuada

Art. 20 O benefício de prestação continuada é a garantia de 1 (um) salário mínimo mensal à **pessoa portadora de deficiência e ao idoso com 70 (setenta) anos ou mais** e que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família (Brasil, Lei Nº 10.708, Art 1º, 2003b).

A Lei Nº 10.708, de Julho de 2003, do Programa De Volta Para Casa,

institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de **transtornos mentais egressos de internações**.

Art. 1º. Fica instituído o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, nos termos desta Lei. Parágrafo único. O auxílio é parte integrante de um programa de ressocialização de pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, denominado "De Volta Para Casa", sob coordenação do Ministério da Saúde (Brasil, Lei Nº 10.708, Art 1º, 2003b).

E estabelece

⁴⁵Disponível em: <http://www.rebidia.org.br/noticias/social/loas.html> Acesso em 17.04.2010.

um novo patamar na história do processo de reforma psiquiátrica brasileira, impulsionando a desinstitucionalização de pacientes com longo tempo de permanência em hospital psiquiátrico, pela concessão de auxílio reabilitação psicossocial e inclusão em programas extra-hospitalares de atenção em saúde mental (Brasil, Lei Nº 10.708, Art 1º, 2003b).

A Portaria GM nº 2.077, de 31 de outubro de 2003 dispõe sobre a regulamentação da Lei no 10.708, de 31 de julho de 2003:

O Programa De Volta Para Casa (PVC) consiste em um benefício financeiro mensal destinado aos pacientes egressos de internações. São requisitos para a obtenção do benefício criado pela Lei:

- I - o paciente seja egresso de internação psiquiátrica cuja duração tenha sido, comprovadamente, por um período igual ou superior a dois anos;
- II - a situação clínica e social do paciente não justifique a permanência em ambiente hospitalar, indique tecnicamente a possibilidade de inclusão em programa de reintegração social e a necessidade de auxílio financeiro;
- III - haja expresso consentimento do paciente, ou de seu representante legal, em se submeter às regras do programa;
- IV - seja garantida ao beneficiado a atenção continuada em saúde mental, na rede de saúde local ou regional (Brasil, 2003d).

Concomitantemente à Lei 10.708, a Portaria Nº 2.077, de 31 de outubro de 2003, considera egressos e possíveis beneficiários *todas as pessoas portadoras de transtorno mental que estejam comprovadamente internadas em hospital psiquiátrico por período ininterrupto igual ou superior a dois anos*, as quais deverão estar incluídas no Cadastro de Beneficiários Potenciais do Programa “De Volta Para Casa” (Brasil, 2003d).

Ainda segundo as determinações da Portaria nº 2.077, são considerados

Municípios prioritários para habilitação no Programa aqueles que possuem ações desenvolvidas, ou em desenvolvimento, de reintegração social para pessoas acometidas por transtorno mental, que tenham moradores em serviços residenciais terapêuticos, e equipe de saúde estruturada para apoiar esta ação e que cumpram as seguintes condições: I - apresentam alta concentração de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos que atendem aos requisitos de temporalidade do tratamento; II - **tenham hospitais em processo de descredenciamento do SUS**⁴⁶; e III - que estejam destinados a acolher

⁴⁶ No período final da confecção deste Relatório de Pesquisa, a diretoria do Hospital Psiquiátrico local informou à imprensa e população ararense sobre o início do processo de descredenciamento do SUS, requerido pelo próprio Hospital, em razão da política adotada pelo MS e Secretária de Estado da Saúde de São Paulo, atestando, com isso que o hospital psiquiátrico está na contramão das Políticas de Saúde. Com isso, faz-se oportuno no cenário ararense que os gestores locais iniciem estratégias para a reinserção destes moradores na sociedade, tendo respaldo da SES-SP e MS.

Fonte:

<http://www.tribunadopovo.com.br/Cidade/CLINICA+SAYAO+ANUNCIA+FIM+DE+CREDENCIAMENTO+COM+O+SUS.html>

pacientes de programas de desinstitucionalização egressos de hospitais localizados em outros Municípios (Brasil, Portaria Nº 2.077, Artº 4º, 2003d) (grifo nosso).

No ano de 2003, a Portaria Nº 2.381, de 17 de Dezembro de 2003, o Município de Araras habilitou-se para o Programa⁴⁷ (Brasil, 2003e).

A Portaria estabelecia que os Municípios deveriam aderir ao Programa, num prazo de 30 (trinta) dias contados da publicação da Portaria, para formalização junto à Secretaria de Atenção à Saúde - SAS-MS (Brasil, 2003e).

Isso quer dizer que Araras dispõe de condições objetivas para efetivar processos de desinstitucionalização dos moradores do hospital psiquiátrico, ao menos em tese e no campo da possibilidade de acesso a uma renda mínima.

O Censo Psicossocial do Estado de São Paulo informa que o direito ao auxílio-reabilitação psicossocial (PVC) “poderá ser acessado por 81% dos moradores, isto é, aproximadamente 5.100 moradores” (Barros; Bichaff, 2008, p.128).

Os Municípios são os responsáveis pela implantação do PVC. Contudo, no levantamento realizado nas Bases de Dados do DATASUS⁴⁸, em Araras-SP, não constam beneficiários do PVC. O fato atesta que o Município não conduz políticas efetivas de desinstitucionalização de moradores de longa permanência em hospitais psiquiátricos.

Outro instrumento de reinserção social de pessoas com longa permanência em hospitais psiquiátricos, financiado com recursos do MS, são os Serviços Residências Terapêuticas (SRT).

⁴⁷ Na ocasião, foram habilitados os seguintes municípios: Sorocaba (SP); São Paulo (SP); Itapira (SP); Maceió (AL); Fortaleza (CE); João Pessoa (PB); São José (SC); Araras (SP); Presidente Prudente (SP); Rio Bonito (RJ); São José dos Pinhais (PR); Niterói (RJ); Feira de Santana (BA); Bauru (SP), e São Gonçalo (RJ). Fonte: (Brasil, 2003e).

⁴⁸ Araras - SP não consta na lista dos Municípios do Estado de São Paulo que possuem beneficiários do PVC, referente ao mês de Maio de 2010, segundo pesquisa realizado pelo autor desse estudo. Fonte: http://pvc.datasus.gov.br/Relatorios/Previa_Folha_Mun.asp?uf=SP&cod=0000000&nivel=E&perf=3&Competencia=201004 Acesso 03/04/2010

Tendo em vista 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 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, a Portaria GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000, institui os SRTs (Brasil, 2000a).

No seu Artº 2º, a Portaria GM nº 106, define

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, devesse 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 (Brasil, Portaria GM, nº 106, Artº 2º, 2000a).

Ainda no Art. 5º da Portaria GM nº 106, fica estabelecido, como normas e critérios para inclusão dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental no SUS, que os mesmos devem configurar-se

exclusivamente de natureza pública; **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; 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; estarem **sob gestão preferencial do nível local** e vinculados, tecnicamente, ao serviço ambulatorial especializado em saúde mental mais próximo; 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 (Brasil, Portaria GM nº 106, Artº 5, 2000a) (grifo nosso).

É assegurado que os Serviços Residenciais Terapêuticos devem

apresentar estrutura física situada fora dos limites de unidades hospitalares gerais ou especializadas, seguindo critérios estabelecidos pelos gestores municipais e estaduais; existência de espaço físico que contemple de maneira mínima: dimensões específicas compatíveis para abrigar um número de no máximo 8 (oito) usuários, acomodados na proporção de até 3 (três) por dormitório; sala de estar com mobiliário adequado para o conforto e a boa comodidade dos usuários; dormitórios devidamente equipados com cama e armário; copa e cozinha para a execução das atividades domésticas com os equipamentos necessários (geladeira, fogão, filtros, armários, etc.); garantia de,

no mínimo, três refeições diárias, café da manhã, almoço e jantar (Brasil, Portaria GM Nº 106, Artº 6º, 2000a).

A Portaria GM Nº 246, de 2005, determina que os incentivos financeiros serão

transferidos em parcela única, aos respectivos fundos, dos Estados, dos Municípios, e do Distrito Federal, sem onerar os respectivos tetos da assistência de média e alta complexidade, no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) para cada módulo com oito vagas, podendo a residência ter de um até oito moradores (Brasil, 2005c).

Deste modo, sugere-se que Serviços Residenciais Terapêuticos sejam implantados em Araras, de acordo com a lei, e nos Municípios de origem das pessoas, e lá, nas moradias, tantas quantas forem necessárias, devem morar todas as pessoas há logo tempo institucionalizadas, com exceção dos “casos em que existam contra-indicações, como, por exemplo, o enfraquecimento dos laços familiares, sociais e culturais com o território de procedência”⁴⁹ (Brasil, 2002a).

Boas formas de morar são consideradas um dos principais exercícios para a efetivação de processos de desinstitucionalização das pessoas.

b. Âmbito estadual

Considerando as *diretrizes* e *recursos* federais para a implementação de processos de desinstitucionalização, o Estado de São Paulo e a Secretaria de Estado da Saúde, definem diretrizes e regulamentam ações que objetivam garantir “atenção integral à saúde mental da população em serviços extra-hospitalares” possibilitando financiamento para “implantação e implementação de serviços de atenção à saúde mental na *rede extra-hospitalar*” (Souza, 2008, p.113).

Com relação às pessoas institucionalizadas, o Censo Psicossocial orienta e recomenda a articulação entre os

⁴⁹Fonte: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29803&janela=1

três níveis de gestão do SUS para a construção do conjunto de condições – sanitárias, institucionais, técnicas, econômicas, jurídicas, políticas – para a efetivação da desinstitucionalização das pessoas moradoras de hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo assegurando o direito à moradia e a garantia de cuidado e de reabilitação psicossocial nas redes locais de atenção psicossocial (Barros e Bichaff, 2008, p.124).

A Deliberação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/93), de Dezembro de 2008, aprovou o Plano Estadual de Apoio à Desinstitucionalização de pessoas internadas há mais de um ano nos hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo. Esta Deliberação, em seu Artº 1º, estabelece

a transferência do teto financeiro mensal do gestor da **unidade hospitalar de origem** dos pacientes de longa permanência, que receberem alta hospitalar nas condições definidas nesta resolução, **para o teto dos municípios** que se responsabilizarem pelos mesmos (São Paulo (Estado), Deliberação CIB 93, Artº 1º, 2008).

Como se observa, no Estado de São Paulo, desde de 2008, há mecanismos políticos e de sustentação financeira para Municípios que confrontem a lógica perversa de transferência de recursos públicos para instituições privadas.

Dessa forma, os Municípios que optam pela transferência de teto financeiro deverão comprometer-se com a implantação de Serviço Residencial Terapêutico - SRT, sobretudo para pacientes que não possuem suporte social e/ou vínculos familiares (São Paulo, 2008).

Dentre outras indicações, a Deliberação CIB 98 indica que a SES-SP “deverá apoiar técnica e financeiramente os Municípios para a implantação de SRT e CAPS” (São Paulo, Deliberação CIB 93, Artº 4º, 2008).

Neste sentido, a Resolução SS - 181, de 10 de dezembro de 2009, reitera e estabelece a transferência de recursos do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, referentes ao Plano Estadual de Apoio à Desinstitucionalização de pessoas internadas há mais de um ano nos hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo (São Paulo, 2009).

A Resolução ainda estabelece o repasse único de incentivo Estadual aos Fundos Municipais de Saúde, para Municípios que implantarem Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Tal Resolução é fruto do Censo Psicossocial que recomendou

a criação de incentivo estadual para os Municípios que acolherem os moradores desinstitucionalizados visando a apoiar a implementação de SRTs, o desenvolvimento de projetos de reabilitação psicossocial e a criação e/ou ampliação/consolidação dos serviços e das ações de base comunitária/territorial das redes locais de atenção psicossocial (Barros; Bichaff, 2008, p.125).

Isso porque o Censo Psicossocial afirmou a

necessidade de pactuação de transferência dos recursos financeiros referentes ao fechamento de leitos ocupados por moradores para os tetos dos Municípios que acolherem os usuários egressos de hospitais psiquiátricos, a serem destinados à criação e/ou expansão de serviços de saúde mental de base comunitária/territorial, à criação e/ou ampliação de moradias assistidas (SRTs), à criação e/ou fortalecimento de projetos intersetoriais no campo da educação, cultura, e trabalho, contemplando, dessa forma, as demandas de atenção e reabilitação psicossocial. É importante destacar, que, considerando que 69% do total de moradores encontra-se em hospitais psiquiátricos sob gestão estadual, e 31% em hospitais psiquiátricos sob gestão municipal, serão necessários repasses da gestão estadual para gestões municipais e entre gestões municipais (Barros; Bichaff, 2008, p.125).

Deste modo, a construção de políticas locais de saúde mental, no contexto do SUS, deve ser considerada prioridade de saúde pública. Estado e Município podem desenvolver políticas de saúde contemplando as necessidades, a realidade e o perfil epidemiológico de cada localidade (Brasil, 2002a).

Ao Município, entretanto, cabe a ação fundamental de articulação com as demais esferas de governo, para a construção de políticas de desinstitucionalização.

Vale ressaltar que financiamento é imprescindível para a efetivação de políticas de saúde mental alinhadas à Reforma Psiquiátrica. No entanto, cabe a pactuação contínua dessas esferas e de ações intersetoriais no Município, fora do asilo psiquiátrico.

Em suma, não se efetivam políticas de saúde mental à margem de pactuações políticas entre as três esferas de poder – União, Estados e Municípios.

Recuos ou avanços da Reforma Psiquiátrica são iminentes às formas de articulação, pactuação, interesses e projetos políticos entre as três instâncias. O cenário em que se efetua (ou não) as pactuações são determinantes e determinadas pelos gestores locais da atenção à saúde mental.

c. Âmbito municipal: um hospital psiquiátrico no Município é um serviço paradoxal

A Rede de Atenção Básica do Município de Araras é composta por 18 (dezoito) Unidades do Programa de Saúde da Família, PSF, na zona urbana e 04 (quatro) Unidades localizadas na zona rural.

Segundo o Ministério da Saúde⁵⁰, cada unidade do PSF deve abranger um total de 03 (três) mil a 04 (quatro) mil e 500 (quinhentas) pessoas de uma determinada área, o que demonstra que no Município há cobertura satisfatória das necessidades de saúde da população.

Além dos PSF, há 04 (quatro) Unidades Básicas de Saúde (UBS) para atendimento mais complexo e alguns serviços estendem o atendimento até as 24 horas. Compõem a rede de serviços, ainda, o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), uma Santa Casa de Misericórdia e um Hospital Municipal.

Com relação aos serviços especializados de saúde mental, o Município conta um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) e um Ambulatório de Saúde Mental.

De acordo com os critérios populacionais definidos pelo Ministério da Saúde⁵¹, o Município dispõe de rede adequada para suprir a necessidade local de saúde mental, o que, a princípio, exclui a necessidade do hospital psiquiátrico.

⁵⁰ Programa Saúde da Família. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencobasica.php>
Acesso em 10.04.2010

⁵¹ Fonte: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24355&janela=1
Conforme a orientação do MS, municípios com população entre 70.000 a 200.000, devem contar com um CAPS II, um CAPS AD e rede básica com ações de saúde mental.

Constata-se que a gestão de saúde mental local poderia oferecer mecanismos eficientes para a implantação de processos de desinstitucionalização. Neste sentido, é necessário que os gestores avancem nestes processos,

investindo recursos financeiros, materiais e humanos necessários para criação, manutenção, sustentação e expansão dos projetos de saúde mental, os quais deverão estar de acordo com os princípios do SUS e diretrizes da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2002a, p. 30).

Ainda seguindo essas diretrizes, é preconizado que os Municípios devem:

- a. implementar e sistematizar as supervisões e auditorias na rede de serviços de saúde mental, respeitando o Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental;
- b. realizar vistorias trimestrais nos hospitais psiquiátricos, em conjunto com a Vigilância Sanitária Estadual e Municipal, Conselho Municipal de Saúde, Ministério Público e sociedade civil e estimular a implantação de política de supervisão e controle diário que avalie períodos de internação, coíba abusos e violação de direitos dos usuários, com acionamento imediato em caso de denúncia, e que garanta a continuidade de política de redução de leitos em hospitais psiquiátricos;
- c. desenvolver ações de Vigilância Sanitária e Epidemiológica em Saúde Mental e Saúde do Trabalhador, inclusive o rural, nos termos da Lei n.º 8.080/90, artigo 6º, parágrafo 1º, fiscalizando especialmente as instalações e condições materiais dos hospitais psiquiátricos, instituições asilares, públicas, filantrópicas e privadas e comunidades terapêuticas;
- d. fiscalizar, de forma permanente, os hospitais psiquiátricos. Esta fiscalização deve ser realizada pelos gestores através da criação de organismos específicos que incluam, obrigatoriamente, as entidades profissionais e as representações de usuários. Os relatórios destas vistorias devem ser encaminhados aos Conselhos Municipais de Saúde dos municípios nos quais se situam os hospitais psiquiátricos (Brasil, 2002a, p. 33).

Portanto, a manutenção de macro-hospital psiquiátrico nos Municípios brasileiros a princípio, é iatrogênica e contrapõe-se às diretrizes do SUS e Ministério da Saúde.

5.5 A vida fora do hospital psiquiátrico: desenho de uma estratégia de desinstitucionalização para ararenses desse estudo

São agora 05 mulheres e 05 homens ararenses.

Tendo em vista as diretrizes das políticas públicas de saúde mental no Brasil, os recursos e formas de financiamento do MS por meio de Leis e Portarias, bem como as propostas técnicas e políticas de saúde mental da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), inscritas Plano Estadual de Saúde 2008-2011 e o Censo Psicossocial dos Moradores em Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo, este estudo propõe os seguintes projetos de desinstitucionalização para essas pessoas.

Considerando:

- a) a Portaria GM 404, de Novembro de 2009, em seu Artº 1º, que reclassifica os Hospitais Psiquiátricos no Brasil, de acordo com o porte nas Classes N I, N II, N III e N IV, o Hospital Psiquiátrico Antonio Luis Sayão de Araras - SP, situa-se atualmente na Classe N IV, isto é, um hospital acima de 400 leitos (Brasil, 2009b);
- b) a Portaria GM 2.644, de Outubro de 2009, que reajusta os respectivos incrementos e cria incentivo para internação de curta duração nos hospitais psiquiátricos, o repasse diário para Hospitais Psiquiátricos Classe N IV, é de R\$ 35.58 para cada morador, totalizando um repasse mensal em torno do valor de R\$ 1.067,40 (Brasil, 2009c);
- c) a Portaria GM nº 106, que assegura a realocação do recurso da AIH⁵², de maneira que, a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica correspondente, o valor da AIH é realocado para os tetos orçamentários do Estado ou Município que se responsabiliza pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental; (Brasil, 2000^a)

⁵²AIH: Autorização de Internação Hospitalar.

- d) que as dez pessoas desse estudo representam um valor mensal de R\$ 10.674,00 para o SUS;
- e) a Portaria GM Nº 246, de 2005, que assegura a transferência, em parcela única, aos respectivos fundos, dos Estados, dos Municípios, e do Distrito Federal, sem onerar os respectivos tetos da assistência de média e alta complexidade, no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) para cada módulo com oito vagas, podendo a residência ter de um até oito moradores. O valor é destinado à compra de mobílias, eletrodomésticos, enxoval, etc., dentre outros utensílios para a vida cotidiana; (Brasil, 2005c)
- f) que todos as pessoas desse estudo possuem Renda ou Benefício (BPC) LOAS;
- g) que o Município está habilitado pela Portaria Nº 2.381, de 17 de Dezembro de 2003, para o PVC; (Brasil, 2003e)
- h) os *recursos, capacidades e história* de cada um das pessoas encontradas nesse estudo;
- i) a necessidade de revisão da curatela dos moradores e moradoras, bem como a forma que dispõem de seus Benefícios;

O estudo propõe:

1. Um Serviço Residencial Terapêutico para os seguintes moradores:

Tabela 8: Moradoras e moradores ararenses do hospital psiquiátrico indicados para o serviço residencial terapêutico 1 de Araras.

Morador	Sexo	Idade	Estado Civil	Entrada no Hospital	Diagnóstico	Deficiências Associadas	Tratamento extra-hospitalar antes da internação	Renda Benefício
5	F	60	Solteira	1991	** CID 10 F07.8	Não	Não	Sim
6	F	63	Solteira	1995	Esquizofrenia Residual	Não	Não	Sim
7	M	46	Solteiro	1990	Esquizofrenia residual	Não	Não	Sim
8	M	57	Solteiro	1990	Esquizofrenia Residual	Não	Não	Sim
9	M	44	Solteiro	1980	** CID 10 F07.8	Não	Não	Sim
10	M	49	Solteiro	1989	***CID 10 F07.9	Não	Não	Sim
11	M	45	Solteiro	2004	**** CID 10 F068	Não	Não	Sim

Fonte: Questionário. Censo Psicossocial dos Moradores em Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo, 2008.

Tabela 9: Recursos e possibilidades de moradoras e moradores ararenses do hospital psiquiátrico indicados para o serviço residencial terapêutico 1 de Araras.

Morador	Possibilidades e Recursos	Motivo da permanência do hospital
5	Higieniza-se, veste-se e alimenta-se com auxílio. Sai do hospital quando acompanhada.	Precariedade social e transtorno mental
6	Apresenta auto-cuidados, alimenta-se e veste-se. Sai do hospital desacompanhada	Precariedade social e transtorno mental
7	Higieniza-se, alimenta-se e veste-se sozinho. Sai do hospital acompanhado	Transtorno mental
8	Higieniza-se e alimenta-se quando solicitado. Veste-se sozinho. Sai do hospital quando acompanhado	Precariedade social e transtorno mental
9	Higieniza-se com auxílio, Alimenta-se e veste-se sozinho. Sai do hospital se orientado	Precariedade social
10	Apresenta hábitos higiênicos, veste-se e alimenta-se sozinho. Sai do hospital desacompanhado	Precariedade social
11	Apresenta hábitos higiênicos, veste-se e alimenta-se sozinho. Sai do hospital acompanhado	Transtorno Mental

Fonte: Questionário. Censo Psicossocial dos Moradores em Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo, 2008.

A AIH de morador em hospital psiquiátrico conveniado ao SUS corresponde a um valor mensal de R\$ 1.067,40 ao Município gestor do SRT. O orçamento mensal destinado será de R\$ 7.471,80 para os sete moradores que habitariam a moradia.

Tendo em vista as condições econômicas já descritas da população ararense, no Capítulo 4, do Método, Item 4.3, do O Município de Araras: características populacionais, sociais, econômicas e de vida, far-se-á uma simulação orçamentária dos gastos e custos que sete pessoas teriam para viver no Município de Araras.

Assim:

- Estimativa de aluguel de residência na região central da cidade, contando com 03 (três) quartos, sala, um banheiro, cozinha, quintal e garagem: R\$ 800,00
- Energia Elétrica: R\$ 200,00
- Serviço de água e esgoto: R\$ 40,00
- Telefonia para sete pessoas: R\$ 500,00
- Despesas para higienização da residência: R\$ 300,00
- Alimentação para sete pessoas: R\$: 1.500,00

Estimativa total: R\$ 3.340,00

Diante dos recursos financeiros repassados ao Município pela transferência das AIHs, ainda restariam R\$ 4.131,00 para custeio de outras despesas e honorários de cuidadores dos moradores da SRT.

2. Uma segunda moradia, segundo as diretrizes de um Serviço Residencial Terapêutico, que contemple as necessidades das seguintes moradoras.

Tabela 10: Moradoras e moradores ararenses do hospital psiquiátrico indicados para o serviço residencial terapêutico 2 de Araras.

Moradora	Sexo	Idade	Estado Civil	Entrada no Hospital	Diagnóstico	Deficiências Associadas	Tratamento extra-hospitalar	Renda Benefício
1	F	25	Solteira	1998	Paralisia cerebral espástica	Cadeirante	Não	Sim
2	F	28	Solteira	1995	Paraplegia Flácida	Cadeirante	Informação ignorada	Sim
3	F	20	Solteira	1996	Paralisia cerebral espástica	Cadeirante	Não	Sim

Fonte: Questionário. Censo Psicossocial dos Moradores em Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo, 2008.

Tabela 11: Recursos e possibilidades de moradoras e moradores ararenses do hospital psiquiátrico indicados para o serviço residencial terapêutico 2 de Araras.

Moradora	Motivo da permanência do hospital	Gostaria de morar fora do hospital
1	Precariedade social e transtorno mental	Impossibilitada de responder
2	Precariedade social e transtorno mental	Impossibilitada de responder
3	Precariedade social e doença clínica	Impossibilitada de responder

Fonte: Questionário. Censo Psicossocial dos Moradores em Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo, 2008.

Essas moradoras apresentam necessidades especiais em razão das limitações orgânicas e fisiológicas correspondentes ao diagnóstico. Com isso, a proposta é a implementação de uma moradia seguindo as diretrizes dos SRTs em conformidade com as características de cada moradora.

Para isso, há necessidade de cuidadores 24 horas por dia, bem como adaptação física da moradia (o repasse de R\$ 10.000,00 do MS poderá custear as adaptações necessárias).

A estimativa orçamentária mensal para três pessoas é:

- Estimativa de aluguel de residência na região central da cidade, contando com 03 (três) quartos, sala, dois banheiros adaptados, cozinha, quintal e garagem: R\$ 800,00
- Energia Elétrica (valor maior devido as limitações orgânicas e fisiológicas): R\$ 500,00
- Serviço de água e esgoto (taxa maior em razão das necessidades das moradoras: R\$ 80,00
- Telefonia para três pessoas: R\$ 400,00
- Despesas para higienização da residência: R\$ 300,00
- Alimentação, especial ou não, para as três moradoras: R\$: 1500,00

Estimativa total : R\$ 3.580,00

O total de repasse financeiro ao Município através das AIHs das moradoras é R\$ 3.202,20, ou seja, menor que custo estimado total, somando-se, ainda, os honorários dos cuidadores.

Esse valor poderá ser complementado por meio de pactuações entre gestores e Fundos Orçamentários destinados à saúde do Município de Araras e Estado de São Paulo.

Em síntese, a implantação das duas SRTs para esses moradores e moradoras trazem a aspiração política do Município de Araras em se alinhar, ou não, às políticas públicas de saúde mental.

6. “Habitar” institucional: um processo de institucionalização de VIDAS no hospital psiquiátrico

Essa pesquisa toma como *objeto de estudo* o universo dos moradores e moradoras do hospital psiquiátrico Antonio Luis Sayão, nascidos em Araras, e seus desejos, projetos, *recursos e possibilidades*.

A finalidade desse trabalho é colaborar para o aprofundamento da apreensão, sistematização e organização dos dados obtidos no Censo Psicossocial, relativos a essa população específica, e produzir elementos e mecanismos para o início de processos de desinstitucionalização dessas pessoas, na perspectiva do fortalecimento da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Alinhada aos princípios do Sistema Único de Saúde, o SUS, “a gestão da política de saúde mental é tarefa complexa, descentralizada, com diversos níveis de decisão e de controle social” (Brasil, 2007a, p. 09).

Com a promulgação da Lei do SUS nº 8.080, em 1990, e a descentralização político-administrativa da gestão da saúde, a esfera municipal é a principal organizadora da Rede de Saúde, tornando-se, assim, uma ferramenta para o avanço do próprio SUS (Brasil, 1990a). No seu Capítulo V – Da competência e das atribuições, Seção II, Art. 18, Inciso I, compete ao Município, dentre outros, “planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde” (Brasil, 1990a).

Uma vez que a esfera municipal tem mandato para implementar políticas de saúde mental alinhadas ao SUS, para o caso dos moradores dos hospitais psiquiátricos de São Paulo, tal autonomia de gestão é crucial.

O Município de Araras abriga um macro hospital com 619 (seiscentos e dezenove) leitos SUS, e destes, 538 (quinhentos e trinta e oito) são ocupados por moradores há mais de um ano.

Desses, 54 (cinquenta e quatro) moraram no Município pela última vez antes de serem internados, 35 (trinta e cinco) têm naturalidade ararense e 29 (vinte e nove) são ararenses que moram na Clínica Sayão (Barros; Bichaff, 2008).

O cenário do estudo é a Clínica de Psiquiatria e Geriatria Antônio Luis Sayão, onde moram os sujeitos desse estudo.

A fonte documental são jornais e uma publicação de época, que auxiliaram a análise sobre a representação que o hospital tem no imaginário ararense.

A fonte primária dos dados foi o Banco de Dados do Censo Psicossocial (Barros; Bichaff, 2008).

Após solicitação do pesquisador, junto com apreciação favorável do Projeto de Pesquisa pelo GTAE da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, foi disponibilizada ao estudo uma planilha de programa Excel dos 29 (vinte e nove) ararenses que moram no hospital psiquiátrico local. Chegou-se, após a definição de critérios, a 05 (cinco) homens e 06 (seis) mulheres. O estudo respeitou todas as etapas e procedimentos éticos para pesquisa com seres humanos.

O Questionário do Censo Psicossocial forneceu dados utilizados para descrever a vida e o cotidiano das pessoas na instituição: identificação, dados clínicos e psiquiátricos, situação jurídica, dados sócio-econômicos, formas de auto-cuidado, vínculos sociais, formas de participação no contexto institucional.

A análise dos dados empíricos se apoiou nas informações *qualitativas* que constam da 3ª Parte do Questionário, Item K, relacionadas à Impressão do Pesquisador, do Usuário e

da Equipe do hospital e utilizou as categorias *recursos* e *possibilidades*, para a proposição das estratégias de desinstitucionalização.

O hospital psiquiátrico de Araras (SP) tem sua origem em meados de 1947. Apesar das conturbações políticas locais na época, das condições precárias de infra-estrutura, do saneamento básico insuficiente e da população reduzida, a cidade engendrou meios políticos e econômicos para a instalação do asilo psiquiátrico.

O hospital psiquiátrico permaneceu no imaginário coletivo como um projeto que portava valor histórico e transformava o Município numa referência na área da psiquiatria, que transformou-se no maior hospital psiquiátrico do Estado de São Paulo, um macro-hospital e lugar onde moram 538 (quinhentas e trinta e oito) pessoas há mais de 01 (um) ano, todas institucionalizadas.

Os sujeitos desse estudo estão fora do jogo *produtivo* capitalista, não trabalham não consomem e confirmam que hospital psiquiátrico é o lugar para a separação dos que não se adaptam a essa lógica. Mas não são todos os improdutivos para o modo de produção capitalista que estão no manicômio. Estão os que, por outro lado, se não produzem e consomem sob esse modo de produção, *devem e podem se produzidos e consumidos pelo mesmo sistema*.

Desta forma, pode-se dizer que no Município onde se abriga um hospital psiquiátrico, como é o caso da Araras, a sua própria construção representa a recusa, ou melhor, a opção pela exclusão daqueles homens e mulheres que a sociedade não admite como pertencente ao seu território afetivo, cultural e imaginário.

Considerando o contexto que envolveu as etapas do estudo, confirma-se essa proposição. A intervenção no hospital psiquiátrico da cidade mobilizou instâncias legislativa e executiva, organizações sociais e comunidade. O que se observa, nas reportagens locais, é um cenário contraposto aos objetivos filantrópicos e humanísticos iniciais. A preocupação

primordial com o *aspecto econômico*, no discurso da Direção do hospital, revestido de sentimento humanitário aliado à recusa à alteridade, traduz uma instituição que *produz e consome* vidas institucionalizadas, atividade econômica conveniente ao capitalismo.

Essa funcionalidade imanente ao hospital psiquiátrico pode ser um motivo para sua manutenção na cidade. O manicômio abre postos de trabalho, assegura tranquilidade para os Municípios vizinhos, aumenta a circulação econômica por meio do acesso aos benefícios de proteção social de quase 600 (seiscentas) pessoas, tranquiliza as famílias.

Uma contradição: são 35 (trinta e cinco) ararenses. Araras precisa de um manicômio desse tamanho?

Os achados confirmam que o hospital psiquiátrico toma para si o cuidado do sofrimento humano, sobretudo das pessoas em maior vulnerabilidade social, *mas que portam valor econômico*, na forma de diária hospitalar, controle de aposentadoria, benefício de proteção social realizado por curadores e consumo desse dinheiro no interno do hospital. *Uma mercadoria que porta valor*. Futuros estudos poderão explicar qual é a *função* do Sayão na rede de atenção à saúde mental de Araras.

Os resultados encontrados são:

1. Uma história de 12 anos de internação, com processo de desfiliação social, cultural e afetiva; ausência de diagnóstico psiquiátrico; projeto asilar na contramão do necessário para sua condição de vida; convívio familiar aniquilado; grave situação de exclusão e despertencimento social. Comprova-se, desta forma, que há premência e necessidade de cuidados na perspectiva multiprofissional e interdisciplinar para essa moradora.

Trata-se de uma vida de restrições físicas e afetivas, majoradas e impostas pelo processo de institucionalização, que demonstra a centralidade do hospital psiquiátrico como única alternativa de morar (até o momento). Entende-se que essa situação é

responsabilidade dos três níveis de gestão: local, estadual e federal e propõe-se a execução imediata da Lei 10.708/2003, do Programa de Volta pra Casa, com todas as adaptações necessárias para ela e as pessoas que vivem em igual situação.

2. Uma trajetória de institucionalização contemporânea ao período em que o Brasil assinou a Declaração de Caracas (ONU, 1991), onde se decretou os Direitos das Pessoas com Sofrimento Mental.

A história dessa senhora, que habita o asilo por razões de vulnerabilidade material, mesmo com renda proveniente da LOAS, é exemplar para demonstrar a debilidade do controle social, ator com mandato social para promover e garantir acesso a cuidados de acordo as necessidades específicas das pessoas.

3. Uma pessoa com 57 anos, portadora de deficiência física, o que complexifica as ações de atenção à saúde na rede pública e que requer cuidados que contemplem suas particularidades e necessidades. Indica-se o acesso ao programa de atenção integral à saúde, destinada à pessoa com deficiência.

Na realidade local, quando o morador é natural de Araras, como é o caso, o percurso da institucionalização denuncia a falta de projetos que potencializem o contato e o vínculo entre morador e familiares, de modo a se perguntarem sobre a melhor forma, ou em que condições retomariam a vida juntos, ou não.

Pode-se concluir, dadas as ofertas terapêuticas desse morador, captadas pelo Censo: a. escassez de projetos que apostam para outras formas de viver e avancem na perspectiva da desinstitucionalização; b. *necessidade* de re-posicionamento do hospital no sistema público de saúde de Araras; d. desarticulação dos setores da sociedade (trabalho, moradia, educação) para desenvolvimento de estratégias de reinserção social alinhados à Reforma Psiquiátrica.

4. Trinta anos sob tutela asilar. De antemão pode-se afirmar um intenso processo de institucionalização, enfraquecimento de vínculos sociais e afetivos, despertencimento social e expropriação de direitos.

A história desse morador que “gostaria de morar fora do hospital, na própria cidade de Araras” provoca as seguintes perguntas: quais são seus desejos? seus objetivos de vida? como gostaria de viver? voltaria para seus familiares ou gostaria de viver em outro local? por quê não tem acesso ao De Volta Pra Casa? Por quê não existem projetos de geração de trabalho e renda orientados pelas diretrizes da Economia Solidária, conforme recomenda o Censo Psicossocial? (Censo Psicossocial, 2008).

Estas perguntas servem para todas as pessoas desse estudo, submetidas ao projeto assistencial que *valida* o asilo como ordenador de suas *vidas e histórias*, em particular no caso desse morador, que nem diagnóstico psiquiátrico tem.

5. Um morador com vínculos familiares, renda, capacidade para o trabalho, em plena idade produtiva. Esses dados provocam indagações sobre as razões de sua permanência no asilo: os vínculos afetivos são insuficientes para um retorno? que ações de saúde poderiam promover sua reinserção social? o que o faz querer ficar no hospital?

Cabe também problematizar a função da curatela em histórias como a desse morador, já que tem renda e não consome fora do asilo, tem LOAS e não tem acesso ao dinheiro, permanece fora do convívio familiar e social, apartado do jogo produtivo. No entanto, a *vida* desse morador vale, institucionalmente, o produto de todas essas fontes de renda, ou seja, são vinte anos de transferência de recursos públicos para garantir processos de cuidado e o que se obtém de resposta às ações oferecidas pela instituição é: “*não gostaria de viver fora do hospital*”.

Fica evidente, nesse caso, que a estratégia de cuidados adotada pelo asilo produziu relação de dependência e não de emancipação (Rotelli, 1990b).

6. Por se tratar de uma *vida* que ingressa no circuito psiquiátrico aos treze anos de idade, sem diagnóstico psiquiátrico, há elementos que indicam processos de exclusão relacionados aos direitos da criança e adolescente (Brasil, 1990b).

Ademais, tratando-se de um quadro não-psiquiátrico, há que se considerar as razões da sua permanência no hospital. Não há informação se teve acesso a instituições especializadas, fato que demonstra o papel central do hospital psiquiátrico da cidade com relação à oferta de cuidado às pessoas que apresentam necessidades especiais.

A moradora recebe LOAS: como utiliza esse recurso? Esse dinheiro está à disposição de suas necessidades? vive sua *vida* no hospital psiquiátrico, pago com recursos públicos, com o que gasta seu dinheiro dentro do hospital? Por quê não morar num serviço residencial terapêutico e a mãe ser acompanhante comunitário? por quê não essa dupla libertação? por quê não acessar o De Volta Pra Casa?

7. Entre os onze moradores, três têm diagnóstico psiquiátrico. Esse é um deles, ou seja, cerca de 30% da população estudada.

É significativa a inexistência de cuidados extra-hospitalares anteriores à chegada do morador no asilo na vigência da Lei 10.216, de 2001, que se contrapõe à institucionalização de pessoas com experiência de sofrimento psíquico na relação com o corpo social.

Este fato é paradoxal na rede de saúde mental do Município, já que, em 2002, vigia a política pública de cuidados de base territorial-comunitária (CAPS I, II e III) e as diretrizes do Ministério da Saúde aos Municípios brasileiros, para efetivação da Reforma Psiquiátrica e como estratégia para evitar internações prolongadas em hospitais psiquiátricos.

8. Vinte e um anos de institucionalização. Duas décadas no espaço asilar, sem outras possibilidades de existência que não as em conformidade com o legado administrativo e cotidiano do hospital psiquiátrico.

A internação involuntária, que inicia a trajetória asilar/psiquiátrica, é identificada “com características de seqüestro, terminando por comprometer a autonomia pessoal, e por isto implicando a institucionalização das pessoas como moradores dos hospitais” (Barros; Bichaff, 2008, p. 89).

Vinte anos no hospital psiquiátrico resultam numa amálgama peculiar de percepções, sensações e olhares diante da vida: sempre os mesmos rostos, sempre os mesmos corredores, sempre os mesmos muros, o sol sempre na mesma hora e a noite também.

Como cuidar de uma casa? como administrar o dinheiro que não lhe chega às mãos? como escolher o que comprar, e onde, se está tudo ali, às mãos, dentro do asilo? como andar na cidade se não for no trenzinho da alegria? como trabalhar se não for para ter com o que se ocupar e ser útil? como não esperar a aprovação diante de uma atitude disciplinada?

Problemas intransponíveis para quem vive a totalidade do tempo sob tutela.

9. Consta-se uma vida insatisfeita e ofendida na sua liberdade.

A moradora quer voltar para a família, na própria cidade de Araras.

Será que ela conhece as razões de sua permanência no hospital e as *possibilidades* (ou não) de seu retorno junto aos familiares? que acordos serão feitos entre familiares e instituição que perpetuam essa pessoa no asilo? que função tem o curador, administrador do dinheiro, na mediação entre a moradora e familiares? por quê não usar seu dinheiro para viver na cidade?

O fato sugere aos gestores de saúde, alinhados aos processos de desinstitucionalização, a necessidade de controle e fiscalização do uso da renda dos moradores e moradoras, fruto da conquista de seus direitos para o gozo da vida em liberdade.

Com relação ao *direito* de morar, a Portaria GM nº 106, de 2000, considera que os Serviços Residenciais Terapêuticos são serviços “sob gestão preferencial do nível local e vinculados, tecnicamente, ao serviço ambulatorial especializado em saúde mental mais próximo”, devem “apresentar estrutura física situada fora dos limites de unidades hospitalares gerais ou especializadas, seguindo critérios estabelecidos pelos gestores municipais e estaduais” (Brasil, Portaria GM 106, Artº 5 e Artº 6, 2000).

Diante disto, pode-se afirmar que uma moradia vinculada a um hospital psiquiátrico não corresponde ao proposto pela Reforma Psiquiátrica e Ministério da Saúde, pois pode retroalimentar a lógica manicomial, mantenedora de processos de exclusão.

10. Uma moradora⁵³ com necessidades específicas que não puderam ser contempladas pela rede pública de saúde. O hospital psiquiátrico se configura, assim, como destino de ararenses que necessitam dessa assistência. Como já apontado nesse estudo, alinhado às políticas específicas para pessoas com deficiências, o hospital psiquiátrico não é adequado para essa demanda (Brasil, 2008).

Deste modo, para essa moradora, em situação de abandono, sem diagnóstico psiquiátrico, o cuidado que lhe era oferecido pelo hospital psiquiátrico, que por sua própria vocação é cuidar de doentes *mentais*, não era adequado.

Além disso, é assegurado que o cuidado às pessoas portadoras de deficiência se dê nos diversos níveis do sistema, fortalecendo e criando serviços de atenção diária, bem como parcerias com organizações não-governamentais, visando a qualidade de vida dos usuários e familiares (Brasil, 2002a).

Os cuidados especiais, necessários à sobrevivência da uma menina nessas condições, requerem investimentos públicos específicos e tecnologias assistenciais

⁵³ Faleceu em 28.03.2010.

fundamentadas num fazer interdisciplinar. Isto equivale à construção de projetos na interface com as políticas de educação, saúde, lazer, cultura, trabalho e moradia.

11. → Do mesmo modo, trata-se de uma pessoa que chega para internação psiquiátrica na tenra idade, afastada de possibilidades de cuidados de outros serviços especializados para suas necessidades especiais. Esta constatação sinaliza (novamente) a centralidade ocupada pelo hospital psiquiátrico no Município com relação à assistência de pessoas que apresentam limitações.

Não se pode deixar de notar que se trata de uma moradora que não apresenta diagnóstico psiquiátrico, tampouco comprometimentos psíquicos de ordem psicopatológica (pelo menos não foram apontados pelo Censo). A princípio, trata-se de um diagnóstico de quadro orgânico e/ou neurológico que sinaliza um cenário contraditório com relação à especificidade do hospital psiquiátrico.

Assim, a permanência desta moradora há quatorze anos sob regime de internação em um contexto psiquiátrico é difícil de ser compreendida.

O fato denota a inexistência de ativação de políticas intersetoriais, que, nas suas respectivas áreas de abrangência, possam comprometer os gestores para o estabelecimento de processos permanentes de articulação e integração entre instituições.

Neste sentido, a internação em hospital psiquiátrico para essa população é contraindicada (Barros; Bichaff, 2008), porque demanda cuidado especializado, disponibilizado em local adequado e não na dependência de um asilo psiquiátrico.

A Lei Nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providência, pode e deve ser acessada pelos serviços de atenção à saúde mental que se comprometem com a garantia dos direitos das pessoas sob sua responsabilidade, bem como a Lei Nº 10.708, de Julho de 2003, do Programa De Volta Para Casa.

No ano de 2003, a Portaria Nº 2.381, de 17 de Dezembro de 2003, o Município de Araras habilitou-se para o Programa (Brasil, 2003e). A Portaria estabelecia que os Municípios deveriam aderir ao Programa, num prazo de 30 (trinta) dias contados da publicação da Portaria, para formalização junto à Secretaria de Atenção à Saúde - SAS-MS (Brasil, 2003e).

Isso quer dizer que Araras dispõe de condições objetivas para efetivar processos de desinstitucionalização dos moradores do hospital psiquiátrico, ao menos em tese e no campo da possibilidade de acesso a uma renda mínima.

Deste modo, sugere-se que Serviços Residenciais Terapêuticos sejam implantados em Araras, de acordo com a lei, e nos Municípios de origem das pessoas, e lá, nas moradias, tantas quantas forem necessárias, devem morar todas as pessoas há logo tempo institucionalizadas, com exceção dos “casos em que existam contra-indicações, como, por exemplo, o enfraquecimento dos laços familiares, sociais e culturais com o território de procedência” (Brasil, 2002a).

Boas formas de morar são consideradas um dos principais exercícios para a efetivação de processos de desinstitucionalização das pessoas.

No âmbito estadual, a Deliberação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/93), de Dezembro de 2008, aprovou o Plano Estadual de Apoio à Desinstitucionalização de pessoas internadas há mais de um ano nos hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo.

Como se observa, no Estado de São Paulo, desde de 2008, há mecanismos políticos e de sustentação financeira para Municípios que confrontem a lógica perversa de transferência de recursos públicos para instituições privadas.

Dessa forma, os Municípios que optam pela transferência de teto financeiro deverão comprometer-se com a implantação de Serviço Residencial Terapêutico - SRT, sobretudo para pacientes que não possuem suporte social e/ou vínculos familiares (São Paulo, 2008).

Deste modo, a construção de políticas locais de saúde mental, no contexto do SUS, deve ser considerada prioridade de saúde pública. Estado e Município podem desenvolver políticas de saúde contemplando as necessidades, a realidade e o perfil epidemiológico de cada localidade (Brasil, 2002a).

Ao Município, entretanto, cabe a ação fundamental de articulação com as demais esferas de governo, para a construção de políticas de desinstitucionalização.

Vale ressaltar que financiamento é imprescindível para a efetivação de políticas de saúde mental alinhadas à Reforma Psiquiátrica. No entanto, cabe a pactuação contínua dessas esferas e de ações intersetoriais no Município, fora do asilo psiquiátrico.

A Rede de Atenção Básica do Município de Araras é composta por 18 (dezoito) Unidades do Programa de Saúde da Família, PSF, na zona urbana e 04 (quatro) Unidades localizadas na zona rural.

Segundo o Ministério da Saúde, cada unidade do PSF deve abranger um total de 03 (três) mil a 04 (quatro) mil e 500 (quinhentas) pessoas de uma determinada área, o que demonstra que no Município há cobertura satisfatória das necessidades de saúde da população.

Além dos PSF, há 04 (quatro) Unidades Básicas de Saúde (UBS) para atendimento mais complexo e alguns serviços estendem o atendimento até as 24 horas. Compõem a rede de serviços, ainda, o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), uma Santa Casa de Misericórdia e um Hospital Municipal.

Com relação aos serviços especializados de saúde mental, o Município conta um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) e um Ambulatório de Saúde Mental.

De acordo com os critérios populacionais definidos pelo Ministério da Saúde, o Município dispõe de rede adequada para suprir a necessidade local de saúde mental, o que, a princípio, *exclui a necessidade do hospital psiquiátrico*.

Constata-se que a gestão de saúde mental local poderia oferecer mecanismos eficientes para a implantação de processos de desinstitucionalização.

Para finalizar, é sabido que Araras nutre orgulho histórico, associado ao hospital psiquiátrico, que representa a modernidade da década de 40, por sua edificação grandiosa, pujante e demonstrativa de riqueza e benemerência. E assim o foi, sem dúvidas. Esse produto da modernidade encapsulou a compreensão ararense do que é a vida das pessoas que estão fora e das que estão atrás desses muros (Pitoli, 2005).

Esse estudo pergunta o que mais é necessário oferecer às pessoas, além de uma volta de trem.

Há uma dívida social com as pessoas que ficaram atrás dos muros, coletiva, de toda a sociedade, mas há a possibilidade de produzir respostas éticas, humanas e socialmente sensíveis, hoje, e isso pode estar nas mãos ararenses (Aranha e Silva, 2008).

O Censo Psicossocial realizado pela Secretaria de Estado da Saúde mostra que o Sayão é o maior reservatório de vidas humanas do Estado. Isto dá a Araras a oportunidade de produzir conhecimentos e tecnologias de desinstitucionalização que poderão ser apropriadas por outros reservatórios, outras cidades, outros estados.

Araras poderá se orgulhar desse outro edifício, desta outra construção.

É possível engendrar um projeto integrado serviço-universidades-sociedade civil para enfrentar este desafio.

Parece que Araras não depende do Sayão. É o Sayão quem depende de Araras.

7. Referências bibliográficas

1. Almeida JM; Souza M. (organizadores) Álbum de Araras: documento histórico geográfico ilustrativo do município de Araras. Araras, 1948.
2. Aranha e Silva AL. O projeto copiadora do CAPS: do trabalho de reproduzir coisas à produção de vida [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1997.
3. Aranha e Silva AL. Enfermagem em saúde mental: a ação e o trabalho de agentes de enfermagem de nível médio no campo psicossocial. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003
4. Aranha e Silva AL. A função estratégica da Universidade no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira. Apresentado à Semana da Luta Antimanicomial. UNIARARAS, Araras, 15 de maio de 2008
5. Barros S; Bichaff R. (org). Desafios para a desinstitucionalização. Censo Psicossocial dos Moradores em Hospitais Psiquiátricos do Estado de São Paulo; 2008. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2008.
6. Basaglia FO. O Homem no Pelourinho. Faculdade de medicina da Universidade de São Paulo. Curso de Graduação em Terapia Ocupacional; 1979
7. Basaglia FO. A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização. Mortificação e liberdade do espaço fechado: considerações sobre o sistema open door. In: Amarante P (org); Melo JAA (trad). Escritos Selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond Editora; 2005a.
8. Basaglia F. Corpo e Instituição: considerações antropológicas e psicopatológicas em psiquiatria institucional. Amarante P (org); Melo JAA (trad). Escritos Selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond Editora; 2005b.
9. Basaglia F. Apresentação a Che cós` è La psichiatria?. In: Amarante P (org); Melo JAA (trad). Escritos Selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond Editora; 2005c
10. Basaglia F. Um problema de psiquiatria institucional: a exclusão como categoria sóciopsiquiátrica. In: Amarante P (org); Melo JAA (trad). Escritos Selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond Editora; 2005d

11. Basaglia F. Corpo e Instituição: considerações antropológicas e psicopatológicas em psiquiatria institucional. Amarante P (org); Melo JAA (trad). Escritos Seleccionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond Editora; 2005d.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental. Secretaria de Programas Especiais de Saúde. Brasília, 1988a
13. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado, 1988b.
14. Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 Set, 1990a.
15. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 13 de Julho de 1990b.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SNAS/MS nº 189, de 1991. Aprova a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental, 1991
17. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental. A Reestruturação da Atenção em Saúde Mental no Brasil: modelo assistencial direito à cidadania. Brasília, 1992a
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 224/MS, de 29 de Janeiro de 1992. Brasília; 1992b.
19. Brasil. Lei 8742, de dezembro de 1993. Lei Orgânica da Assistência Social. Dispõe sobre a Organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, 1993
20. Brasil. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS96. Publicada no D.O.U de 06/11/1996. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 106 de 2000. Cria e regulamenta os Serviços Residenciais Terapêuticos; Diário Oficial da União. Brasília, 2000
22. Brasil. Lei 10.206, 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. Diário Oficial da União, Brasília, 9 Abril de 2001a.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Textos da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Cuidar sim, excluir não. Brasília, 2001b.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Brasília, 2002a.

25. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno Informativo da III Conferência Nacional de Saúde Mental. 1º ed. Série D Reuniões e Conferências; nº 15. Brasília, 2002b
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 336/GM Em 19 de fevereiro de 2002. Portaria que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Estes serviços passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. Documento fundamental para gestores e trabalhadores em saúde mental, 2002c.
27. Brasil. Novo Código Civil: exposição de motivos e texto sancionado. Brasília: Gabinete do Senador. Efraim Moraes; 2003a
28. Brasil. Lei 10.708, de Julho de 2003. Institui o auxílio reabilitação psicossocial para pacientes acometidos por transtornos mentais egressos de internações. Diário Oficial da União, Brasília, Junho, 2003b.
29. Brasil. Senado Federal. Parecer nº 1301, de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências, 2003c.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.077, de 31 de Outubro de 2003. Portaria que regulamenta a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003 (Programa de Volta para Casa), definindo os critérios de inclusão de beneficiários no Programa, o fluxo de solicitação de inclusão dos usuários, a operacionalização do pagamento do auxílio-reabilitação e as competências federais, estaduais e municipais. Diário Oficial da União, Brasília, Outubro; 2003d
31. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.381, de Dezembro de 2003. Habilita Municípios a integrarem o Programa “De Volta Para Casa” e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, Dezembro, 2003e
32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental: 1990 – 2004. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2004.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005a
34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental e Economia Solidária: inclusão social pelo trabalho. Brasília; 2005b

35. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 246, de 17 de Fevereiro de 2005. Destina incentivo financeiro para implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, Dezembro, 2005c.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/DAPE. A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a
37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/DAPE. Manual de Legislação em Saúde da Pessoa com Deficiência. 2.^a edição revista e atualizada. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b
38. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/DAPE. Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, janeiro de 2007a.
39. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/DAPE. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007b
40. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/DAPE. Política Nacional da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008
41. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.944, de Agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Diário Oficial da União, Brasília, Agosto de 2009; 2009a
42. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 404, de Novembro de 2009. Reclassifica os hospitais psiquiátricos descritos no Anexo desta Portaria, de acordo com o porte, nas Classes N I, N II, N III e N IV. Diário Oficial da União, Brasília, 20 de novembro de 2009b
43. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.644, de Outubro de 2009. Estabelece novo reagrupamento de classes para os hospitais psiquiátricos, reajusta os respectivos incrementos e cria incentivo para internação de curta duração nos hospitais psiquiátricos e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 28 de Outubro de 2009c.
44. Castel R. A Dinâmica dos processos de marginalização: da vulnerabilidade à “desfiliação”. Cadernos CHR, n26 e 27, p.19-40, 1997.
45. Foucault M. História da Loucura. 7^a ed. São Paulo: Perspectiva; 2004.

46. Foucault M. Vigiar e Punir. 36ª ed. Petrópolis: Vozes; 2007
47. Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. 5. ed. São Paulo: Perspectiva; 1996.
48. Goldeberg JI. Clínica da psicose; um projeto na rede pública. 2ª ed. Rio de Janeiro: Te Cora/Instituto Franco Basaglia; 1996.
49. Kinoshita RT. Em busca da cidadania. In: Campos FCB; Henriques CMP (organizadores). Contra a maré a Beira Mar. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1997.
50. Kinoshita RT. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. Reabilitação Psicossocial no Brasil. In: Pitta A. (organizadora), p.55-59. São Paulo: Hucitec; 2001.
51. Mângia EF. Asilamento Psiquiátrico no Estado de São Paulo: Constituição do panorama contemporâneo e tendências do dispositivo da psiquiatria. [tese] São Paulo: Departamento de Sociologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo; 2000.
52. Nakamura E et al. O potencial de um instrumento para o reconhecimento de vulnerabilidades sociais e necessidades de saúde: saberes e práticas em saúde coletiva. Revista Latino-Americana de Enfermagem (Ribeirão Preto), v. 17, p. 253-258, 2009.
53. Nicácio MSF. O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1994
54. Nicácio MSF. Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp; 2003.
55. Oliveira MHCB. Pactos de Gestão: Divisão de Responsabilidades entre Estados e Municípios na Descentralização. In: Pierantoni, CR; Vianna, CMM (organizadores). Gestão de Sistemas de Saúde. Rio de Janeiro: Segreca; 2003.
56. Organização das Nações Unidas (ONU). Resolução 217 A (III) de 10 de dezembro de 1948. Assembléia Geral das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos; 1948
57. Pitoli JP. O discurso que enclausura: o lugar que o louco, a loucura e o manicômio ocupam na subjetividade ararense. [monografia] Araras (SP). Centro Universitário Dr. Hermínio Ometto, 2005.
58. Rotelli F. O Inventário das Subtrações. In: Nicácio, F. (Org.) Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1990a.

59. Rotteli F. A instituição inventada. In: Nicácio, F. (Org.) Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1990b.
60. Rotteli F. Superando o manicômio – o circuito psiquiátrico de Triste. In: Amarante P (org). Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994
61. Rotelli F; De Leonardis O; Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa e dos “países avançados”. In: Nicácio F. (Org.). Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-59, 2001.
62. São Paulo (Estado). Deliberação da Comissão Intergestores Bipartide CIB – 93, de 19-12-2008. Dispõe e aprova o Plano Estadual de Apoio à Desinstitucionalização de pessoas internadas há mais de um ano nos hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo. Diário Oficial do Poder Executivo - Seção I. 20-12- 2008.
63. São Paulo (Estado). Resolução SS - 181, de 10-12-2009. Estabelece a transferência recursos do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, referentes ao Plano Estadual de Apoio à Desinstitucionalização, de pessoas internadas há mais de um ano nos hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo. Diário Oficial do Poder Executivo - Seção I. 11-12- 2009
64. Saraceno B A cidadania como forma de tolerância. Trad. Elisabete Ferreira Mângia. Conferência: Rio de Janeiro, 1998
65. Saraceno B. Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2º ed. Rio de Janeiro: Tecorá/Instituto Franco Basaglia; 2001a
66. Saraceno B. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta A. (org). 2º ed. São Paulo: Hucitec, 2001b
67. Souza RR. O Sistema público de saúde brasileiro. Ministério da Saúde. Brasília; 2002. Disponível em: http://sistema.saude.sp.gov.br/eventos/Palestras/Material%20de%20Apoio/Textos%20de%20Referencia/O_Sistema_Publico_de_Saude_Brasileiro.pdf
68. Souza, RR. Construindo o SUS: A lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas do governo. In: Pierantoni, CR; Vianna, CMM (organizadores). Gestão de Sistemas de Saúde. Rio de Janeiro: Segreca; 2003.
69. Souza RR et al (org). Plano Estadual de Saúde 2008 – 2011. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2008

70. Yasui, S. Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Tese de doutorado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.
71. Victorello JC. O menino do Triângulo: Imagens e histórias de Araras. Edição Especial. Araras, 1996.

**Anexo 1: Questionário do Censo Psicossocial de Moradores em Hospitais
Psiquiátricos do Estado de São Paulo**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE COORDENADORIA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE GRUPO TÉCNICO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 188 – 8º andar – sala 813 Tel.: (11) 3066-8224 Email: gtae@saude.sp.gov.br
---	--	---

**CENSO PSICOSSOCIAL DOS PACIENTES MORADORES DOS HOSPITAIS
PSIQUIÁTRICOS DO ESTADO DE SÃO PAULO**

NÚMERO DO QUESTIONÁRIO

A – ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	
1. DADOS DO HOSPITAL RAZÃO SOCIAL: NOME FANTASIA: ENDEREÇO: CEP: N° LEITOS EXISTENTES: N° LEITOS SUS: TELEFONE: 2. MUNICÍPIO:	
1ª PARTE – CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO (PRONTUÁRIO)	
B – IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO	
3. NOME COMPLETO DO USUÁRIO/ APELIDO: 4. N° PRONTUÁRIO:	
5. DATA DE NASCIMENTO 1. SIM. QUAL? 9. INFORMAÇÃO IGNORADA	
6. IDADE ATUAL OU PRESUMIDA 1. SIM. QUAL? 9. INFORMAÇÃO IGNORADA	
8. ESTADO CIVIL 1. SOLTEIRO 2. CASADO 3. SEPARADO 4. OUTRO. QUAL? 9. INFORMAÇÃO IGNORADA	

continuação

21. DIAGNÓSTICO(S) PSIQUIÁTRICO(S) ATUAIS: CÓDIGO CID 10: TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS (MARCAR 1. SIM E 2. NÃO) 1. F00-F09 TRANSTORNOS MENTAIS ORGÂNICOS, INCLUSIVE OS SINTOMÁTICOS 2. F10-F19 TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DEVIDOS AO USO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA 3. F20-F29 ESQUIZOFRENIA, TRANSTORNOS ESQUIZOTÍPICOS E TRANSTORNOS DELIRANTES 4. F30-F39 TRANSTORNOS DE HUMOR (AFETIVOS) 5. F40-F48 TRANSTORNOS NEURÓTICOS, TRANSTORNOS RELACIONADOS AO "STRESS" E TRANSTORNOS SOMATOFORMES 6. F50-F59 SÍNDROMES COMPORTAMENTAIS ASSOCIADAS A DISFUNÇÕES FISIOLÓGICAS E A FATORES FÍSICOS 7. F60-F69 TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE E DO COMPORTAMENTO DO ADULTO 8. F70-F79 RETARDO MENTAL 9. OUTROS. QUAIS? ...	1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4. ☐ 5. ☐ 6. ☐ 7. ☐ 8. ☐ 9. ☐
22. DOENÇAS CLÍNICAS ASSOCIADAS (MARCAR 1. SIM e 2. NÃO) 1. HIPERTENSÃO ARTERIAL 2. DIABETIS 3. CARDIOPATIAS 4. DOENÇAS PULMONARES (Tuberculose, DPOC, Pneumonia, etc.) 5. HANSENÍASE 6. DOENÇAS DE PELE (Escabiose, Pediculose, Eczemas, etc.) 7. OUTRAS. QUAIS?	1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4. ☐ 5. ☐ 6. ☐ 7. ☐
23. DEFICIÊNCIAS FÍSICAS ASSOCIADAS (MARCAR 1. SIM e 2. NÃO) 1. DEFICIÊNCIA FÍSICA 2. DEFICIÊNCIA VISUAL 3. DEFICIÊNCIA AUDITIVA ANOTAR USO DE ÓCULOS, ÓRTESES, PRÓTESES, APARELHO AUDITIVO, ETC.	1. ☐ 2. ☐ 3. ☐
24. TRATAMENTO EXTRA-HOSPITALAR ANTES DA INTERNAÇÃO ATUAL 1. NÃO 2. SIM. UNIDADE: MUNICÍPIO: . 9- INFORMAÇÃO IGNORADA	
25. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO (CONSULTAR PRESCRIÇÃO ATUAL) 1. MÚLTIPLOS MEDICAMENTOS. QUAIS 2. MEDICAMENTO ÚNICO. QUAL? 3. NÃO FAZ USO DE MEDICAMENTOS PSIQUIÁTRICOS E CLÍNICOS	
D – SITUAÇÃO JURÍDICA	
26. SITUAÇÃO JURÍDICA (CÓDIGO CIVIL) 0. TEM CURADOR 1. NÃO TEM CURADOR/ TEM PROCURADOR 2. NÃO TEM CURADOR/ NÃO TEM PROCURADOR 9. INFORMAÇÃO IGNORADA	
27. SITUAÇÃO JURÍDICA (CÓDIGO PENAL) 0. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA. ESPECIFICAR: 1. INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA 2. INTERNAÇÃO VOLUNTÁRIA 9. INFORMAÇÃO IGNORADA	
2ª PARTE – DADOS PSICOSSOCIAIS (USUÁRIO/EQUIPE DO HOSPITAL)	
E - DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS	

28. MOTIVO DA PERMANÊNCIA DA INTERNAÇÃO 0. PRECARIEDADE SOCIAL, DOENÇA CLÍNICA E TRANSTORNO MENTAL 1. PRECARIEDADE SOCIAL E TRANSTORNO MENTAL 2. PRECARIEDADE SOCIAL E DOENÇA CLÍNICA 3. TRANSTORNO MENTAL 4. DOENÇA CLÍNICA 5. PRECARIEDADE SOCIAL	
29. ESCOLARIDADE 0. NÃO ALFABETIZADO 1. ALFABETIZADO (ESCREVE O NOME) 2. ESCREVE E LÊ, MAS NÃO SABE INFORMAR ESCOLARIDADE 3. ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO 4. ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO 5. ENSINO MÉDIO INCOMPLETO 6. ENSINO MÉDIO COMPLETO 7. ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO 8. ENSINO SUPERIOR COMPLETO	
30. SITUAÇÃO EMPREGATÍCIA ANTERIOR À(S) INTERNAÇÃO(ÕES) 0. NUNCA TRABALHOU 1. INATIVO – DESEMPREGADO 2. INATIVO – COM BENEFÍCIO (LOAS/APOSENTADORIA) 3. ATIVO SEM CARTEIRA ASSINADA. 4. ATIVO COM CARTEIRA ASSINADA OU AUTÔNOMO. 9. INFORMAÇÃO IGNORADA OBS: SE HOUVER, ANOTAR TRABALHO ANTERIOR:	
31. TIPO DE RENDA 0. NÃO TEM 1. AJUDA FINANCEIRA ESPORÁDICA (FAMÍLIA, AMIGOS, OUTROS) 2. AJUDA FINANCEIRA FREQUENTE (FAMÍLIA, AMIGOS, OUTROS) 3. RENDA PROVENIENTE DE PROJETO DE GERAÇÃO DE RENDA NO HOSPITAL 4. BENEFÍCIOS (LOAS/APOSENTADORIA) 5. RENDA PROVENIENTE DE BENEFÍCIO E PROJETO DE GERAÇÃO DE RENDA NO HOSPITAL	
F – AUTOCUIDADO	
32. HIGIENE (BANHO, CABELOS, UNHAS, HIGIENE BUCAL, USO DO VASO SANITÁRIO) 0. APENAS QUANDO SOLICITADO E COM AUXÍLIO 1. SOMENTE COM AUXÍLIO 2. APENAS QUANDO SOLICITADO 3. DEVEZ EM QUANDO E POR VONTADE PRÓPRIA 4. DIARIAMENTE E POR VONTADE PRÓPRIA	
33. ALIMENTAÇÃO 0. ALIMENTA-SE SOMENTE QUANDO SOLICITADO E COM AUXÍLIO 1. ALIMENTA-SE À MESA E USA TALHERES QUANDO SOLICITADO E COM AUXÍLIO 2. ALIMENTA-SE À MESA E USA TALHERES SOMENTE QUANDO SOLICITADO 3. ALIMENTA-SE À MESA E USA TALHERES DEVEZ EM QUANDO E POR VONTADE PRÓPRIA 4. ALIMENTA-SE À MESA E USA TALHERES DIARIAMENTE POR VONTADE PRÓPRIA	
34. VESTIR-SE 0. NÃO SE VESTE SOZINHO, RECUSA A SE VESTIR 1. VESTE-SE SOMENTE COM AJUDA DE OUTROS E/OU ESTIMULADO POR OUTRO 2. VESTE-SE SOZINHO COM ROUPAS COM HIGIENE PRECÁRIA E DESALINHADAS 3. VESTE-SE SOZINHO COM ROUPAS COM BOA HIGIENE E DESALINHADAS 4. VESTE-SE COM ROUPAS COM BOA HIGIENE E ALINHADAS	

continua

continuação

G – VÍNCULOS SOCIAIS	
35. VISITAS DURANTE A INTERNAÇÃO 0. NÃO RECEBE VISITAS 1. RECEBE VISITAS DE OUTROS (ORDEM RELIGIOSA, VOLUNTÁRIOS, NÃO ESPECIFICADOS) 2. RECEBE VISITAS DE VIZINHOS/AMIGOS 3. RECEBE VISITAS DE FAMILIARES	
36. REALIZA VISITAS DURANTE A INTERNAÇÃO 0. NÃO REALIZA VISITAS 1. REALIZA VISITAS PARA OUTROS (ORDEM RELIGIOSA, VOLUNTÁRIOS, NÃO ESPECIFICADOS) 2. REALIZA VISITAS PARA VIZINHOS/AMIGOS 3. REALIZA VISITAS PARA FAMILIARES	
37. FREQUÊNCIA DAS VISITAS 0. NÃO RECEBE VISITAS 1. EVENTUAL 2. MENSAL 3. QUINZENAL 4. SEMANAL	
38. SITUAÇÃO DE MORADIA NO PRESENTE 0. MORADOR DE ENFERMARIA NÃO TEM LUGAR PARA FICAR FORA DO HOSPITAL 1. MORADOR DE LAR ABRIGADO NÃO TEM LUGAR PARA FICAR FORA DO HOSPITAL 2. MORADOR DE ENFERMARIA TEM LUGAR PARA FICAR FORA DO HOSPITAL 3. MORADOR DE LAR ABRIGADO TEM LUGAR PARA FICAR FORA DO HOSPITAL 9. INFORMAÇÃO IGNORADA	
H – PARTICIPAÇÃO NO CONTEXTO INSTITUCIONAL	
39. COMUNICAÇÃO (FALA, CONVERSA, PEDE, PERGUNTA, RESPONDE QUANDO PERGUNTADO) 0. NÃO SE COMUNICA NEM QUANDO SOLICITADO NEM COM AUXÍLIO 1. COMUNICA-SE APENAS COM AUXÍLIO 2. COMUNICA APENAS QUANDO SOLICITADO VERBALMENTE 3. COMUNICA-SE DE VEZ EM QUANDO POR VONTADE PRÓPRIA 4. COMUNICA-SE SEMPRE POR VONTADE PRÓPRIA	
40. TRÂNSITO PELO HOSPITAL 0. NÃO TRANSITA PELO HOSPITAL 1. TRANSITA PELO HOSPITAL SOMENTE QUANDO ACOMPANHADO E COM AUXÍLIO 2. TRANSITA PELO HOSPITAL SOMENTE QUANDO ACOMPANHADO PELA EQUIPE 3. TRANSITA PELO HOSPITAL SOMENTE ACOMPANHADO POR OUTROS PACIENTES 4. TRANSITA PELO HOSPITAL DESACOMPANHADO FAZ USO DE CADEIRA DE RODAS? SIM () NÃO ()	
41. PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES DENTRO DO HOSPITAL (OFICINAS, FESTAS, JOGOS, ETC.) 0. NÃO PARTICIPA DE ATIVIDADES 1. PARTICIPA DE ATIVIDADES QUANDO SOLICITADO E ACOMPANHADO 2. PARTICIPA DE ATIVIDADES QUANDO SOLICITADO 3. PARTICIPA DE ATIVIDADES ACOMPANHADO 4. PARTICIPA DE ATIVIDADES DESACOMPANHADO	
I – PARTICIPAÇÃO SOCIAL	

42. TRÂNSITO PELA COMUNIDADE 0. NÃO SAI SOZINHO NEM ACOMPANHADO 1. SAI DO HOSPITAL SOMENTE QUANDO ACOMPANHADO E COM AUXÍLIO 2. SAI DO HOSPITAL SOMENTE QUANDO ACOMPANHADO 3. SAI DO HOSPITAL SE ORIENTADO 4. SAI DO HOSPITAL DESACOMPANHADO 9. NÃO SE APLICA	
43. USO DE TRANSPORTE COLETIVO 0. NÃO USA TRANSPORTE COLETIVO 1. USA TRANSPORTE COLETIVO APENAS ACOMPANHADO E COM AUXÍLIO 2. USA TRANSPORTE COLETIVO APENAS ACOMPANHADO 3. USA TRANSPORTE COLETIVO DE VEZ EM QUANDO E DESACOMPANHADO 4. USA TRANSPORTE COLETIVO SEMPRE E DESACOMPANHADO 9. NÃO SE APLICA	
44. COMPRAS 0. NÃO FAZ COMPRAS 1. FAZ COMPRAS NO HOSPITAL ACOMPANHADO E COM AUXÍLIO 2. FAZ COMPRAS NO HOSPITAL DESACOMPANHADO 3. FAZ COMPRAS FORA DO HOSPITAL ACOMPANHADO E COM AUXÍLIO 4. FAZ COMPRAS FORA DO HOSPITAL DESACOMPANHADO 9. NÃO SE APLICA	
45. PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES FORA DO HOSPITAL (ESCOLA, IGREJA, PASSEIOS, BANCO) 0. NÃO PARTICIPA DE ATIVIDADES 1. PARTICIPA DE ATIVIDADES QUANDO SOLICITADO E ACOMPANHADO 2. PARTICIPA DE ATIVIDADES QUANDO SOLICITADO 3. PARTICIPA DE ATIVIDADES ACOMPANHADO 4. PARTICIPA DE ATIVIDADES DESACOMPANHADO 9. NÃO SE APLICA	
46. O USUÁRIO GOSTARIA DE MORAR FORA DO HOSPITAL? 0. NÃO 1. IMPOSSIBILITADO DE RESPONDER 2. SIM, CONVERSA SOBRE O TEMA QUANDO INDAGADO 3. SIM, CONVERSA ESPONTÂNEAMENTE 4. SIM, ACHA QUE JÁ DEVERIA TER SAÍDO POR QUE? EM CASO AFIRMATIVO, EM QUE LOCAL OU CIDADE?	
47. O USUÁRIO SAI DE LICENÇA TERAPÊUTICA POR UMA SEMANA OU MAIS? 0. NÃO, NEM PENSA NESSA POSSIBILIDADE 1. NÃO, MAS GOSTARIA DE TER ESSA POSSIBILIDADE 2. SIM	
J – INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	
48. RAÇA/COR 1. BRANCA 2. PRETA 3. PARDA 4. AMARELA 5. INDÍGENA	

49. RELIGIÃO 1. NÃO POSSUI 2. CATÓLICA 3. EVANGÉLICA 4. ESPÍRITA 5. OUTRA. QUAL? 9. INFORMAÇÃO IGNORADA		
50. O USUÁRIO É GRABATÁRIO (CRONICAMENTE ACAMADO)? 1. SIM 2. NÃO		
51. TABAGISMO 1. FUMANTE 2. NÃO FUMANTE		
52. POSSUI DENTES OU USA PRÓTESE DENTÁRIA 1. NÃO 2. SIM		
K – RELATO DAS IMPRESSÕES DO PESQUISADOR SOBRE (MÁXIMO DE 700 CARACTERES):		
O USUÁRIO:		
A EQUIPE DO HOSPITAL:		
OS PRONTUÁRIOS:		
RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES:		
NOME DO PESQUISADOR	ASSINATURA	DATA

Instrumento de avaliação construído a partir de consulta a outros instrumentos previamente utilizados para finalidades semelhantes, com prévia autorização dos autores: Ana Maria Fernandes Pitta e colaboradores; Maria Beatriz de Miranda Matias e Mirsa Elisabeth Dellosi; Verônica Sanduette.

**Anexo 2: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo**

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Fone/Fax.: (11) 3061-7548 – E-mail: edipesq@usp.br
C.P. 41633 - CEP 05422-970 – São Paulo – SP – Brasil

São Paulo, 21 de maio de 2009.

Il.^{mo} Sr.
João Paulo Pitoli

Ref.: Processo nº 807/2009/CEP-EEUSP

Prezado Senhor:

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto **“Tecendo desejos: estudo sobre a vida de moradores de um hospital psiquiátrico no Estado de São Paulo”**, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analizado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Maria Fatima Prado Fernandes
Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Prado Fernandes
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

**Anexo 3: Carta de aprovação do Grupo Técnico de Ações Estratégicas da
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo**

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE
GRUPO TÉCNICO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS**
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 188 – 8º andar – Tel.: (11) 3066-8224

São Paulo, 26 de agosto de 2009.

Ofício CPS/GTAE nº 729/09

Prezado Senhor,

Considerando os objetivos e métodos do Projeto de Pesquisa intitulado “Tecendo desejos: estudo sobre a vida de moradores em um hospital psiquiátrico no Estado de São Paulo”, a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP e a relevância deste estudo como contribuição para a produção de conhecimentos no campo psicossocial e, especialmente, nos processos de desinstitucionalização, manifestamos nossa autorização para acesso e anexamos as informações que permitem identificar os sujeitos propostos pelo estudo, isto é, os usuários moradores da Clínica Sayão naturais do município de Araras.

Assim, a Área Técnica de Saúde Mental, do Grupo Técnico de Ações Estratégicas (GTAE) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), está de acordo com a realização do estudo e autoriza as entrevistas necessárias segundo os princípios éticos estabelecidos.

Atenciosamente,

Regina Bichaff

Coordenação Área Técnica de Saúde Mental
GTAE/CPS/ SES-SP

Sônia Barros

Assessora Técnica de Gabinete
Coordenadora do GTAE

**Ilmo. Senhor
João Paulo Pitoli
Mestrando do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da EEUSP**

Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu, _____ me disponho a participar da pesquisa intitulada Tecendo desejos: estudo sobre a vida de moradores em um hospital psiquiátrico no Estado de São Paulo sob responsabilidade da Prof^a. Dr^a. Ana Luisa Aranha e Silva, do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

O meu consentimento de participar da pesquisa deve-se ao fato de ter sido informado(a) pelo pesquisador que:

Os objetivos do estudo são:

a. Identificar no interior do hospital psiquiátrico de Araras os moradores nascidos no município; b. Conhecê-los e investigar detidamente quem são, seus recursos, possibilidades, sonhos e necessidades de vida; c. Apreender aspectos da subjetividade dos moradores ararenses que não puderam ser perscrutados no Censo Psicossocial; d. Desenhar, a partir dos recursos e necessidades dos moradores, estratégias de desinstitucionalização; e. Disponibilizar aos gestores de saúde, para operacionalização, se for oportuna, os dados analisados e sistematizados.

A coleta do material será realizada pelo pesquisador e se dará por meio de entrevista semi-estruturada e gravada, para transcrição posterior. Os dados coletados serão utilizados exclusivamente para este estudo, com finalidade de pesquisa.

A participação no estudo é voluntária. Há liberdade da desistência do estudo em qualquer fase da pesquisa, inclusive durante ou após a coleta de dados, sem qualquer risco de penalização ao entrevistado. Será garantido o anonimato do sujeito na divulgação do resultado e guardado sigilo do dados confidenciais. Os possíveis gastos decorrentes da participação no estudo serão ressarcidos pelo pesquisador.

Havendo interesse, os dados obtidos pela pesquisa serão disponibilizados aos sujeitos do estudo, ao término do mesmo.

Caso precise posso entrar em contato com o pesquisador pelos telefones: (19) 81738264, (19) 35412857, (11)81368565 ou pelos e-mails: jppitoli@hotmail.com ou anaranha@usp.br

Qualquer questão, dúvida ou esclarecimento ou reclamação sobre aspectos éticos desta pesquisa favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP, situada na Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, n. 419 – CEP 05403-000 – São Paulo – SP. Telefone: 30617548.