

A história da saúde mental e seu processo de Reforma Psiquiátrica no município de Ponta Grossa, Paraná, Brasil¹

The history of mental health and the process of its Psychiatric Reform in the municipality of Ponta Grossa, Paraná, Brazil

Fabiana Vosgerau Trentini*

Resumo: Este artigo tem como objetivo contribuir com alguns dados pontuais sobre a história da saúde mental no município de Ponta Grossa, Paraná, Brasil, no período de 2000 a 2010. Esse recorte temporal nos permite conhecer o início da Reforma Psiquiátrica no município, o período anterior ao fechamento do Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha (HPFR), seu histórico e seu fechamento. Também nos mostra: o posicionamento de quatro familiares-cuidadores de pessoas em sofrimento mental e de dois profissionais que trabalharam no HPFR em relação às novas políticas de saúde mental; o hiato temporal de quase dois anos até a implementação do CAPS II (Centro de Atenção Psicossocial II), em 2006; e como atualmente cinco profissionais em saúde mental estão percebendo a Reforma Psiquiátrica no município.

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

Abstract: This article aims to present some data on the history of mental health in the municipality of Ponta Grossa, State of Paraná, Brazil, between the years 2000 and 2010. This timeframe allows us to unveil the beginnings of the Psychiatric Reform in the municipality, as well as the period before the closing of the “Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha” (HPFR), its history and its closure. It also reveals the points of view of four caregivers of people in mental suffering and of two of the professionals of the HPFR regarding the new mental health politics; the temporal hiatus of almost two years before the opening of the CAPS II (Center of Psychosocial Attention II), in 2006; and how five contemporary mental health professionals perceive the Psychiatric Reform in the municipality.

Keywords: Mental health. Psychiatric Reform. CAPS II (Center of Psychosocial Attention II).

Recebido em: 27/02/2011. Aceito em: 20/03/2012.

¹ Artigo elaborado a partir da dissertação intitulada “Representações Sociais sobre o sofrimento mental e os modelos de tratamento psiquiátrico: o olhar dos familiares-cuidadores e dos trabalhadores em saúde mental de Ponta Grossa – PR”, do Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas da UEPG, orientada pelo Prof. Dr. José Augusto Leandro, e defendida no ano de 2011.

* Assistente Social. Mestre em Ciências Sociais Aplicadas pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). Professora Colaboradora do Departamento de Serviço Social da UEPG. Ponta Grossa, Paraná, Brasil. E-mail: fabitrentini@ig.com.br

Introdução

Para contextualizarmos o início da psiquiatria em Ponta Grossa - PR, a fundação do Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha e a Reforma Psiquiátrica no município, faz-se necessário falar um pouco sobre o processo da Reforma Psiquiátrica no cenário nacional. O movimento pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, conforme autores como Amarante (1998), Tenório (2002), Paulin e Turato (2004) começa a se delinear no cenário nacional na década de 1970.

Trata-se de uma reorientação da assistência psiquiátrica no Brasil, de uma mudança de paradigma, de 'saberes' e 'fazeres' da psiquiatria tradicional. O processo envolve, além da mudança de modelo de atendimento e de políticas públicas da saúde mental, uma mudança socio-cultural em relação ao sofrimento mental.

Nos anos 70 temos dois movimentos, que podemos considerar como marcos importantes no processo histórico da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o Movimento Sanitário e o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. O Movimento Sanitário reivindicava uma

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

Conforme Amarante (1998), o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental² (MTSM), é o ator e o sujeito político fundamental no projeto da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Ainda conforme o mesmo autor, o MTSM, tem como objetivo:

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

² O MTSM surge com a crise da DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental), responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor de saúde mental. Em 1978, os profissionais de quatro unidades da DINSAM deflagram greve, seguida da demissão de duzentos e sessenta estagiários e profissionais. (AMARANTE, 1998, p. 51).

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental nasce para denunciar a violência dos manicômios, bem como a mercantilização da loucura através da rede privada de assistência.

O MTSM contava ainda com associações de familiares e de pessoas em sofrimento mental – PSMs, importantes na construção coletiva de crítica ao chamado saber psiquiátrico. Vale lembrar, também, que cada um dos dois movimentos referendados tem uma história própria, dentro de um contexto nacional e internacional,³ de mudanças pela superação do modelo de assistência psiquiátrica.

Ao falarmos sobre o cenário internacional, convém citarmos a Reforma Psiquiátrica na perspectiva de Franco Basaglia, que teve início na década de 60, no manicômio de Gorizia (Itália):

[...] a reforma psiquiátrica proposta por Franco Basaglia é, antes de tudo um movimento político que denuncia a impossibilidade, historicamente construída pela modernidade, de trato com a diferença e os diferentes onde o manicômio seria uma metáfora da exclusão que se opera na sociedade. (MEDEIROS, 2005, p.86).

Assim, iniciou um novo paradigma no que se refere à assistência psiquiátrica, até então destinada aos doentes mentais: o da exclusão através da institucionalização. Basaglia, como já citado, propõe novos espaços e formas de lidar com a 'loucura'.

Com a influência do modelo de desinstitucionalização⁴ do italiano Franco Basaglia e desses dois movimentos sociais em nosso país é que se começa a construir coletivamente uma consciência de crítica à hegemonia psiquiátrica, ou seja, ao saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico⁵ de atendimento à pessoa em sofrimento mental.

³ No cenário internacional, na década de 1970, em Trieste, Franco Basaglia, construiu novos espaços e desenvolveu novas formas de lidar com a 'loucura', e esses novos espaços e formas de lidar com a doença mental influenciaram os idealizadores do projeto de Reforma Psiquiátrica Brasileira.

⁴ O termo desinstitucionalização vem sendo compreendido por diferentes atores como desospitalização, desassistência ou desconstrução, conforme interesses ou pontos de vista impregnados de poder ideológico. (GONÇALVES; SENA, 2001).

⁵ Hospitalocêntrico: modelo de tratamento em hospitais psiquiátricos, de exclusão, de reclusão e muitas vezes de asilamento.

Ao falarmos sobre o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, faz-se necessário definir o que é um movimento social. Para Ghon (1997), é a ação dos homens na história social, por ser construído a partir de determinados problemas sociais e de suas demandas, e tem como categorias teóricas de formação a participação, a experiência, os direitos e a cidadania, dentre outros.

Ou seja, a violência às pessoas em sofrimento mental, a forma de tratamento, a exclusão da vida em sociedade, e as pessoas - familiares e trabalhadores em saúde mental - que estavam engajadas na construção de crítica coletiva à psiquiatria da época e a reivindicação de transformações institucionais, dão legitimidade para que o MTSM possa ser considerado um movimento social.

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

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

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

Também é importante lembrar as reformas “neoliberais”⁶ pelas quais passou o Estado brasileiro, e que vieram na contramão da Reforma

Sanitária e da Reforma Psiquiátrica. As políticas neoliberais globalizantes, com suas reformas institucionais, estruturais, de desregulamentação de alguns setores, sobretudo o do trabalho e o financeiro, começaram no Brasil nos anos 90. Essas políticas tiveram início no governo do Presidente Collor de Mello e continuaram durante o governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso.

As reformas dos Estados nacionais da América Latina, em consequência das políticas do Consenso de Washington, implicaram a adoção de programas de ajustes estruturais, como as reformas administrativas e previdenciária, que exigiram um rigoroso esforço de equilíbrio fiscal (austeridade fiscal ao máximo, as privatizações, a redefinição do papel do Estado na economia, causando, ao contrário do que os defensores de tais políticas alardeavam, recessão econômica, ingresso do capital externo, desemprego, aumento do trabalho informal, conflitos sociais, crise de modelos políticos tradicionais, flexibilização dos direitos trabalhistas, precariedade e, ainda, o desmonte dos sistemas de seguridade social, de saúde e de educação. (CREMONESE, 2009, p. 125)

Seguindo com a cronologia de pontos marcantes no cenário brasileiro, em 06 de abril de 2001, após doze anos, o Projeto de Lei foi promulgado em Lei Federal – Lei 10.216/ 01. Essa lei redirecionou a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispôs sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento mental, mas não instituiu mecanismos claros para a progressiva extinção dos hospitais psiquiátricos.

Assim, respaldada pela Lei 10.216 e pelas diversas portarias implantadas pelo Ministério da Saúde na década de 90 – que vieram a preencher o vazio enquanto o Projeto de Lei tramitava no Congresso -, quando a Reforma Psiquiátrica foi formulada como uma política pública de Estado, ela veio como forma de consolidar vários dos conteúdos que já estavam nas Portarias Ministeriais. As Portarias - como conquistas também do MTSM - tiveram um papel importante, pois contribuíram para que a Reforma fosse colocada em ‘marcha’.

⁶ Não será aprofundada a questão da Reforma do Estado brasileiro; ela é citada apenas para o entendimento de algumas das questões abordadas no artigo.

Porém, conforme Diaz (2008), os doze anos de tramitação do Projeto de Lei Paulo Delgado foram um período tenso e polêmico. Se por um lado havia movimentos sociais articulados que visavam à reforma psiquiátrica no Brasil, também existiam opositores, tais como a Associação Brasileira de Psiquiatria, o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro, a Federação Brasileira de Hospitais, a Associação de Familiares dos Doentes Mentais (AFDM) e políticos, também bem articulados e que rejeitavam a proposta do Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, que tratava dos direitos dos doentes mentais e da extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos.

A gradativa extinção dos hospitais psiquiátricos era contrária aos interesses dos hospitais psiquiátricos privados, pois os empresários do setor viam na psiquiatria um serviço de fácil montagem, sem aparatos tecnológicos caros e nem mesmo pessoal qualificado, ou seja, eles vislumbravam o crescimento econômico através da 'indústria da loucura' (PAULIN; TURATO, 2004, p. 247).

Durante esse período de tramitação foram criadas algumas Portarias pelo Ministério da Saúde, influenciadas pelo Projeto de Lei, e em vários Estados brasileiros foram aprovadas leis visando a melhoria da assistência psiquiátrica. No Paraná, por exemplo, a Lei Estadual nº. 11.189, de 09 de novembro de 1995, de autoria de Deputado Florivaldo Fier, conhecido como "Dr. Rosinha", previa "a gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de cuidados às pessoas que padecem de sofrimento psíquico por uma rede integrada de vários serviços assistenciais de atenção sanitária e social".

O processo metodológico

O interesse em analisar o processo histórico da Reforma Psiquiátrica em Ponta Grossa, PR, emergiu do meu cotidiano profissional de dezessete anos em 'saúde mental', sendo quatorze como assistente social no Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha – HPFR, e quase dois anos em um Centro de Atenção Psicossocial – álcool e drogas – CAPS – ad.

A presente pesquisa foi submetida, ainda em sua fase inicial de projeto, à apreciação da

COEP da UEPG, e obteve aprovação – Parecer nº. 79/2009, em 30 de novembro de 2009.

O presente artigo tem como objetivo mostrar como familiares de PSMs e profissionais da área de saúde veem os modelos de tratamento psiquiátrico e as questões referentes ao processo da Reforma Psiquiátrica no município de Ponta Grossa.

O trabalho aqui apresentado é uma pesquisa documental e de campo e envolve quatro familiares cuidadores de pessoas em sofrimento mental que viveram a experiência da internação no HPFR de 1979 a 1994 e que hoje, a partir das novas políticas de atendimento em saúde mental, frequentam o CAPS II ⁷.

A pesquisa também envolve cinco profissionais da saúde mental que estão imersos no cotidiano profissional pautado nas novas políticas de atendimento decorrentes da Reforma Psiquiátrica no município de Ponta Grossa, sendo que, dos cinco, dois vivenciaram profissionalmente os dois modelos de tratamento.

Segundo Severino (2007, p. 123):

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

Durante a pesquisa foram realizadas entrevistas semiestruturadas e coletas de dados no CAPS II - informações como nome, telefone e número de internamentos no HPFR dos usuários que o frequentavam, necessárias para a seleção final da amostra de sujeitos significativos a serem investigados.

É importante ressaltar que foi utilizada a visão dialética, por permitir que se vislumbre o processo da pesquisa qualitativa de uma forma abrangente, necessária à compreensão do problema a ser investigado. Conforme Faleiros (1986, p.1), "A visão dialética considera o processo, não o fato isolado, busca a totalidade, a

⁷ CAPS II – Centro de Atenção Psicossocial II - Transtorno Mental. Serviço capacitado para realizar atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo.

multilateralidade, a síntese das múltiplas determinações”.

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

Em relação aos profissionais, consideramos como sujeitos significativos: um assistente social que vive em seu cotidiano profissional o modelo do CAPS e que viveu o modelo hospitalocêntrico no HPFR e um psicólogo com experiência profissional no HPFR, e que participou, na Prefeitura Municipal, do início do processo da Reforma Psiquiátrica no município e esteve presente no início da implantação do serviço do CAPS, mas que hoje não está mais atuando nesse serviço.

Como critério para selecionar os demais sujeitos significativos da equipe do CAPS foi utilizada a portaria nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002, que estabelece a equipe técnica mínima de um CAPS II⁸. Assim, além da assistente social, foram selecionados mais três profissionais: uma enfermeira, uma psicóloga e uma médica, que não viveram a experiência profissional no HPFR, mas que fazem parte da equipe prevista pela portaria e que atuam no CAPS II desde 2009.

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

Inicialmente, dispúnhamos de uma lista fornecida pela assistente social, com os nomes de dezessete usuários do CAPS II que eram

egressos de internamentos no HPFR. A partir dessa lista, foi necessário buscarmos maiores informações no arquivo morto do HPFR, tais como o número de internações e a data do primeiro internamento.

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

a) pacientes que estiveram internados no recorte temporal compreendido entre 1979 e 1994 – período anterior à Lei Estadual nº. 11.189⁹ e distante da Lei Federal nº. 10.216¹⁰;

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

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

Tendo selecionado essas cinco pessoas em sofrimento mental, chegamos aos cinco familiares cuidadores.

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

Optou-se por realizar a entrevista semiestruturada que, segundo Trivínos (1987, p. 146), é “aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, frutos de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem respostas do informante.”

⁸ A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II será composta por 01 médico psiquiatra, 01 enfermeiro com formação em saúde mental e 04 profissionais de nível superior, entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

⁹ Lei Estadual nº. 11.189, de 09 de novembro de 1995, de autoria de Deputado Florisvaldo Fier, conhecido como “Dr. Rosinha”, prevê “a gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de cuidados às pessoas que padecem de sofrimento psíquico por uma rede integrada de vários serviços assistenciais de atenção sanitária e social”.

¹⁰ Lei da Reforma Psiquiátrica, aprovada em 06 de abril de 2001, de autoria do Deputado Federal Paulo Delgado, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. (BRASIL, Lei Federal nº. 10.216, de 06 de abril de 2001).

Quanto ao instrumento para analisar as falas dos familiares e profissionais, foi utilizada a análise de conteúdo que, conforme Bardin (2009, p.33), é “um conjunto de técnicas de análise através das comunicações”. Ainda, para o autor supracitado,

A técnica de análise de conteúdo adequada ao domínio e ao objectivo pretendidos tem de ser reinventada a cada momento, excepto para usos simples e generalizados, como é o caso do escrutínio próximo da descodificação e de respostas a perguntas abertas de questionários cujo conteúdo é avaliado rapidamente por temas. (BARDIN, 2009, p. 32).

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

Em tempo, os dados de identificação foram suprimidos e substituídos, no caso dos familiares-cuidadores, por filha 1, cunhada 1, mãe 1 e mãe 2 e os profissionais em saúde mental foram designados por: A1, P1, P2, E1 e M1.

O início da psiquiatria e a fundação do Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha

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

Segundo Wadi (2009), durante cerca de quarenta anos o Hospital Nossa Senhora da Luz, inaugurado em 25 de janeiro de 1903, em Curitiba, foi o primeiro e único hospital psiquiátrico do Paraná e era referência na assistência Psiquiátrica. Em março de 1945 foi inaugurado o Sanatório Bom Retiro, o segundo hospital psiquiátrico do Estado. O terceiro hospital psi-

quiátrico (primeiro hospital público), no Paraná, foi o Hospital Colônia Adauto Botelho, que iniciou suas atividades em 1954.

[...] o estado do Paraná ampliou a assistência psiquiátrica nas décadas de 1960, 1970 e início da década de 1980, especialmente no interior, com um grande número de hospitais privados, cuja manutenção era largamente subsidiada com recursos públicos. O movimento ocorrido no Paraná estava em consonância com a estratégia adotada pelos governos militares, pós-golpe de 1964, tanto para o campo da saúde geral quanto para o da assistência psiquiátrica, ou seja, um amplo movimento de privatização da assistência amparada por instituições governamentais [...] (WADI, 2009, p.83)¹¹.

Ponta Grossa, na década de 1950, contava com quatro instituições hospitalares: o Hospital São Lucas, a Santa Casa de Misericórdia, um hospital infantil – Clínica Pinheiro, a maternidade Sant’Ana e o Hospital 26 de Outubro¹².

Após recebida a autorização da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, foi instalada em Ponta Grossa, nos porões do Hospital São Lucas, uma unidade psiquiátrica, que funcionou por nove anos. (BORCK, 2003).

“Os leitos da Unidade Psiquiátrica no Hospital São Lucas eram mínimos em relação ao número de pacientes que necessitavam de atendimento médico especializado” (BORCK, 2003, p. 15). Por ser a primeira unidade psiquiátrica em um hospital geral, fazia emergir, além do receio, um preconceito por parte do corpo clínico do hospital.

Entretanto, o Hospital São Lucas não era o único espaço para quem padecia de sofrimento mental. Segundo o autor Mello Neto, pacientes que não tinham condições de ficar com suas famílias e nem condições financeiras de pagar pelo internamento eram mantidos na cadeia pública, e não raras vezes a cadeia detinha maior número de pacientes ‘doentes mentais’ do que a própria unidade psiquiátrica do hospital. Assim,

¹¹ Em tempo, vale ressaltar que na década de 1960 houve uma grande expansão da psiquiatria privada, porém não voltada para uma mudança no modelo terapêutico destinado às pessoas em sofrimento mental.

¹² O Hospital 26 de Outubro era destinado ao atendimento dos funcionários da rede ferroviária. Portanto, era de caráter particular e atendia enfermidades em geral.

pelo que se sabe através das fontes consultadas (BORCK, 2003; KASPER, 2003; LENDZION, 2007; MELLO NETO, 1988), a população que não tinha condições de pagar por um atendimento especializado permanecia encarcerada na cadeia pública até passar seu período de crise.

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

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

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

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

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

O local (Vila Baraúna) foi escolhido devido à proposta terapêutica, que determinava que os internos deveriam dispor de um local amplo e tranquilo. Borck (2003, p. 16) relata que, conforme está documentado no Projeto Terapêutico do HPFR, de 1993, “para a escolha do espaço para a construção do Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha se levou em consideração, especialmente, ‘critérios voltados à qualidade de vida dos pacientes’”.

A história da psiquiatria no Brasil e no mundo nos mostra que as instituições psiquiátricas foram criadas como espaço explicitamente médico-terapêutico, mas também de segregação e exclusão, pois aos ‘doentes mentais’ era atribuída a condição de despossuídos da razão, delirantes e perigosos, sendo, portanto, indivíduos ameaçadores para a família e para a sociedade. Rosa (2008), porém, nos chama a atenção para o fato de que um ambiente externo perturbador e a influência da família poderiam repercutir negativamente na recuperação do ‘doente’, justificando, assim, o isolamento.

Em 1967, Baraúna contava com poucos imóveis nas redondezas; ainda era um local afastado do centro da cidade, sendo considerado, dessa forma, apropriado para um hospital psiquiátrico.

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

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

Assim sendo, o HPFR, além de estar em um lugar afastado do centro da cidade, também exigia que se passasse por uma linha férrea para se chegar até ele.

À época, o autor Bisneto (2007, p. 23) relatou que “o número de hospícios no Brasil teve um grande aumento após 1964, com as reformas da saúde e da previdência promovidas pela ditadura militar”. Ainda segundo o mesmo autor (2007, p. 23), “com a passagem do atendimento psiquiátrico para a rede previdenciária conveniada aprovada abriram-se várias clínicas psiquiátricas que faziam o

aten-dimento e depois eram pagas pelo INPS”. Po-demos observar que o HPFR foi inaugurado nesse mesmo contexto, em um período propício à fundação de clínicas particulares, porém conveniadas à previdência social.

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

A construção de um hospital no interior do Estado, na época, representou um ato inovador na medicina local, atraindo pessoas de localidades próximas a Ponta Grossa e de outros estados, logo sendo necessário investirem na ampliação das instalações para atender a um número maior de pacientes, cujos familiares buscavam por atendimento psiquiátrico.

E conforme aumentava a demanda por atendimento especializado, o HPFR foi aumentando o número de leitos conveniados ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e posteriormente ao Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), chegando a ter, em primeiro de maio de 1989, a capacidade de internar 380¹³ pacientes do município e da região.

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

Ivaí, Jaguariaíva, Palmeira, Piraí do Sul, Ponta Grossa, Porto Amazonas, São João do Triunfo e Sengés.

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

Em 1992, após a II Conferência Nacional de Saúde Mental, foram criadas várias Portarias Ministeriais¹⁴, consideradas, nas palavras de Devera e Costa (2007, p. 72), “concessões táticas do executivo às reivindicações dos trabalhadores em saúde mental e da sociedade”. Isso também ocasionou um período de controle e supervisão da melhoria dos hospitais psiquiátricos. Os hospitais precisavam aumentar no seu quadro de funcionários, o número de profissionais de diferentes áreas: assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, e, acima de tudo, realizar um projeto terapêutico mais humanizado.

Devido às novas Portarias Ministeriais, ocorreram mudanças no modelo de atenção destinado ao paciente e à família. A internação perdeu um pouco do modelo de “isolamento social”. Melhorou o contato entre pacientes, profissionais e família; os familiares passaram a contar com reuniões semanais nas quais eram fornecidas orientações sobre a psicopatologia do paciente (BORCK, 2003); os dias de visita, até então os domingos e as quartas-feiras, passaram a ser todos os dias da semana. Foi viabilizado, ainda, o contato telefônico entre pacientes e familiares e os pacientes passaram a ter “licenças de finais de semana”, numa tentativa de reintegração, de manter os vínculos sócio-familiares.

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

¹³ Tabela 2. Números da evolução de leitos de 1967 a 1998. Fonte: HPFR. Arquivo administrativo. Ponta Grossa, 2001 (BORCK, 2003, p. 23).

¹⁴ De 1992 a 2002 foram criadas 16 Portarias Ministeriais voltadas para ações na saúde mental. (Consultar: DEVERA; COSTA-ROSA, 2007, p. 73-74) Foram conquistas decorrentes das Conferências Nacionais em Saúde Mental, das reivindicações do MTSM, e do projeto de lei do Deputado Federal Paulo Delgado.

Em 2000, o hospital já apresentava seus primeiros sinais de declínio, com repasses insuficientes do SUS, não conseguindo contemplar os requisitos solicitados pelas fiscalizações do Estado. Durante trinta e seis anos o HPFR esteve em funcionamento, fechando suas portas em 10 de novembro de 2004. Contava, na ocasião, com 260 leitos conveniados ao SUS e 14 leitos destinados a convênios e particulares.

A atenção psiquiátrica no município de Ponta Grossa, sob a égide do modelo hospitalocêntrico oferecido pelo HPFR, deixou impressa uma marca cultural muito forte. Como salienta Kasper (2003, p. 33), em várias regiões do Brasil ficou “institucionalizado também que a rede privada cuidaria dos ‘loucos’ da cidade”. Entretanto, após o fechamento do hospital percebeu-se que o município era fortemente dependente da instituição hospitalar Franco da Rocha, o que sugere também uma resistência cultural e política em aceitar as propostas e diretrizes da Lei 10.216.

Contextualizando o município de Ponta Grossa

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

No que refere à área da saúde, o município, segundo a Secretaria de Saúde (PMPG, 2010) disponibiliza para o atendimento da população: 10 estabelecimentos hospitalares, 49 Unidades Básicas de Saúde¹⁵, 680 leitos hospitalares, 15 laboratórios, 23 clínicas médicas e odontológicas e 08 clínicas de reabilitação.

¹⁵ Na página da Secretaria de Saúde da Prefeitura de Ponta Grossa consta a existência de 49 Unidades Básicas de Saúde (USB), mas isso engloba tanto as UBSs como os PSFs (Programa Saúde da Família), não sendo usado o termo ESF (Estratégia Saúde da Família).

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

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

O CAPS a.d. foi inaugurado em abril de 2004. Realiza atendimento psicossocial a usuários de substâncias lícitas e ilícitas. Esse serviço é extensivo aos familiares dos usuários. Além da equipe - médico psiquiatra, psicólogos, assistentes sociais, enfermeira, auxiliares de enfermagem (que são funcionários da Prefeitura Municipal) -, o CAPS conta com artesãos, oficinairos, serviços gerais; conta, ainda, com o Serviço de Redução de Danos¹⁶. Está localizado na região central da cidade, próximo ao Campus da UEPG - Praça Santos Andrade.

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

O CAPS II foi inaugurado em setembro de 2006. Realiza atendimento psicossocial a pessoas em sofrimento mental. Sua equipe inicial era composta por profissionais da saúde da PMPG¹⁷, que permaneceram trabalhando no CAPS até a equipe da ONG Núcleo Terapêutico Menno Simons ser contratada, em 2007, através de licitação, permanecendo até 2009. O CAPS esteve fechado durante o período de transição da Menno Simons para a Psico Base. A Clínica Médica Psico Base foi contratada após processo licitatório, em 2009, permanecendo até hoje. Portanto, sua equipe, composta por médicos, psicólogos, assistente social, enfermeiras, auxiliar de enfermagem, professora de educação física, artesãos/oficineiros, é terceirizada. O CAPS II está localizado na região central, próximo ao Pronto Socorro Municipal e não muito distante do terminal central de ônibus.

¹⁶ A política de redução de danos tem como intervenção principal minimizar os efeitos danosos das substâncias ilícitas. São realizados trabalhos de campo nas ruas, em hospitais, dentre outros, buscando tornar os serviços de saúde mais acessíveis. É uma estratégia de contato com a população, com troca de seringas, distribuição de preservativos, e intervenção educativa. Não irei detalhar esse assunto, por não ser foco deste artigo.

¹⁷ Dados colhidos com a assistente social do CAPS II, em dezembro/2010.

- **Ambulatório de Saúde Mental**

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

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

- **Hospital São Camilo**

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

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

Em tempo, o hospital São Camilo surgiu como uma estratégia ideológica de transferência da responsabilidade dos poderes públicos municipal e estadual para o setor privado. Devido ao fechamento do HPFR e à inexistência de um local que absorvesse a ‘crise’ da saúde mental do município, o hospital geral São Camilo assumiu a questão das reformas neoliberais do Estado, principalmente do trabalho em saúde.

O processo da Reforma Psiquiátrica no município de Ponta Grossa

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

No entanto, nada mais foi realizado no município em relação aos “avanços” da Reforma Psiquiátrica desde a finalização das capacitações em meados de 2002 e do encaminhamento de projetos para o Conselho Municipal de Saúde (CMS). Esses projetos visavam à implantação de serviços substitutivos para os portadores de transtornos mentais e usuários de álcool e drogas. Entre eles estava o projeto para a criação do CAPS II - transtorno mental, que é um serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes.

Conforme Portaria Nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002, o CAPS I, o CAPS II e o CAPS III são definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional.

Em janeiro de 2004, matérias editoriais e notas sobre o fechamento do HPFR começaram a ser publicadas nos jornais Diário dos Campos e Jornal da Manhã, “momento este que podemos denominar como ‘quente’, pois se inflamam a todo o momento embates discursivos sobre o tema da Reforma Psiquiátrica na cidade” (LENDZION, 2007). Segundo a autora (2007, p. 36), o embate permaneceu na esfera dos

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

Ainda segundo a autora supracitada (2007), a questão central da discussão permaneceu calcada no fechamento do hospital, sem chamar a atenção para o gestor, para o fato de que as políticas municipais de saúde mental preconizadas pela Reforma Psiquiátrica, com seus dispositivos alternativos à internação psiquiátrica, não estavam sendo implementadas ou mesmo planejadas. A seguir, tendo como referencial a análise de conteúdo de Bardin (2009), analisaremos as falas conforme as perguntas realizadas e temas comuns dos entrevistados, que emergiram durante as entrevistas. Portanto, segundo entrevista com alguns profissionais da saúde mental, sujeitos desta pesquisa:

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

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

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

E levou quase dois anos para “acontecer”, o CAPS II foi implantado no município de Ponta Grossa em setembro de 2006. E nesse intervalo de tempo os portadores de transtorno mental e seus familiares não dispunham de um serviço de atenção psicossocial específico para transtornos mentais, uma vez que existia somente o CAPS ad, já em funcionamento desde abril de 2004.

O local escolhido para acolher os usuários do CAPS II foi um casarão antigo, com dois pavimentos, na região central da cidade, próximo ao Pronto Socorro Municipal e não muito distante do terminal central de ônibus, o que facilitava o acesso dos usuários. Em seu entorno estão localizados o Conselho Municipal da Criança e do Adolescente – CMDCA, uma escola de Inglês, o Banco do Brasil e um edifício residencial. Conforme depoimento da profissional A1, ela desconhece que tenha havido alguma repercussão negativa, estranheza pelo serviço ou pelos usuários, por parte dos confrontantes decorrente do estabelecimento do CAPS II na vizinhança.

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

Segundo a autora Cherchglia (1999),

[...] a terceirização dos serviços de saúde no SUS tem previsão na própria Constituição. Permite o artigo 197 da Constituição Federal que a execução das ações e serviços de saúde seja feita tanto diretamente pelo Poder Público, como mediante contratação de terceiros, inclusive pessoa física ou jurídica de direito privado, remunerados pelos cofres públicos. (CHERCHGLIA, 1999, p. 373).

De acordo com Silva (2010), como reflexo dos governos Collor e FHC, novamente se percebe o afastamento do Estado no que se refere a dar condições adequadas aos trabalhadores da saúde mental, pois a reforma do Estado se caracteriza pelas formas de contratação, pela ausência de concursos públicos, pela alta

rotatividade de pessoal e pelas terceirizações abusivas, o que vai contra os direitos sociais conquistados na Constituição Brasileira de 1988.

Uma forma de contratação muito utilizada pelo setor público de saúde é o contrato por tempo determinado. Esse tipo de contrato tenta burlar o Regime Jurídico Único – contratação, concurso público, demissão, formas de pagamento e incentivo. O contrato administrativo, como é chamado, tem uma duração de três a seis meses, podendo ser prorrogado. Cherchglia (1999, p. 375) alerta que,

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

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

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

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

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

A atual equipe de profissionais ingressou no serviço em julho de 2009 e é composta por

uma assistente social, duas enfermeiras - sendo uma delas a coordenadora do CAPS II –, um médico e uma médica psiquiatra, duas psicólogas, um auxiliar de enfermagem, um agente administrativo, três oficinheiros, uma professora de educação física e uma auxiliar de serviços gerais.

O CAPS II tem 991 usuários cadastrados, oferece tratamento psicossocial para 156 usuários, sendo 22 no intensivo, 61 no semi-intensivo e 73 no não intensivo¹⁸.

Desses usuários, uma grande parcela possui um salário mínimo como renda familiar mensal; segundo a assistente social, talvez pouco mais de vinte e cinco usuários tenha uma renda superior a três salários mínimos. Quanto ao nível de escolaridade, há usuários com ensino fundamental incompleto, com ensino médio, com ensino superior, e há um usuário com dois cursos universitários.

Há quatro anos oferecendo tratamento psicossocial para egressos de internações psiquiátricas, conforme depoimento da profissional A1, que lá atua, o CAPS II ainda tem um longo percurso para conseguir mudar o imaginário social sobre o tratamento da “loucura”.

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

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

A fala da profissional reforça que o que se pensa a respeito do tratamento da “loucura” ainda continua sendo a noção de que é neces-

¹⁸ Dados obtidos em 27/09/2010. Com a assistente social do CAPS II.

sário o afastamento do paciente do convívio sociofamiliar.

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

Olha, eu não imaginava o pior. Porque daí a gente já estava, mais ou menos, vendo as coisas, e tudo. Eu já estava mais ou menos esclarecida, que não era... porque antigamente era choque... era amarrada.... E eu conversava com as enfermeiras, tudo. Eu sabia que às vezes tinha que amarrar pra poder conter. E tudo... Mas sabia que era com amor. Com as meninas lá do Franco, todas eram muito boas pra minha filha. E eu via. Porque eu não deixava de ir no dia de visita. Eu estava sempre lá... e estava sempre observando. Então eu via que o tratamento era bom. Era com amor, e tudo... Ela nunca foi maltratada lá. (Mãe1).

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

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

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

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

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

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

Nesse sentido, Dalmolin (2006, p.162) afirma que os familiares, como única forma de alívio, não esquecendo que eles também não conseguem fugir da lógica psiquiátrica, encontram “na internação um espaço para ‘depositar’ tamanha sobrecarga”. Além disso, conforme Mariz (2008, p. 3), ao analisar Zanoni (2000), a instituição psiquiátrica, além do tratamento, “responde a uma necessidade de assistência”, como forma de abrigo, escuta, acolhimento e proteção para certos casos. Sendo assim, a internação cumpriria sua ‘função social’ como “resposta praticável” em algumas situações clínicas, devido à ausência de outras soluções, propiciando uma terapêutica para a pessoa em sofrimento e para sua família, ambas muitas vezes expostas a situações dramáticas devido ao quadro agudo de sofrimento psíquico.

Ao perguntarmos aos dois profissionais que foram funcionários do HPFR e que viveram, em seu cotidiano profissional, o modelo de tratamento hospitalocêntrico e o modelo de atenção psicossocial, podendo realizar uma análise comparativa entre os dois modelos, como eles os viam, eles assim responderam:

São modelos completamente diferentes, sendo o hospital um modelo médico e o CAPS baseia-se dentro de uma filosofia de trabalho baseada na psiquiatria democrática italiana, e que acabou gerando a lei de reforma

psiquiátrica. A primeira, uma instituição baseada na privação da liberdade onde o doente deve ser vigiado e a segunda é que a doença é vista como incapacidade e cronicidade, não havendo qualquer possibilidade da pessoa ser além de sua doença. (P1).

No Franco ficavam muito tempo fechados, não tinham muita convivência familiar nem com a sociedade, então acredito que modificou nesse sentido. Para eles melhorou, porque eles ficam mais tempo com a família, não ficam presos. No fim de semana ficam com seus familiares, diminuiu o tempo. Ficavam muito tempo dentro da instituição Franco da Rocha. Agora, não é nem preciso internar com muita frequência. O CAPS está absorvendo, dando conta de desempenhar o tratamento. Eu acredito que na qualidade e na reinserção familiar melhorou bastante. (A1).

Os depoimentos revelaram concepções representativas do modelo psiquiátrico e do CAPS. Para Leão e Barros (2008, p. 97), os CAPS,

[...] sendo um serviço destinado a promover a Reabilitação Social, avançam em direção à construção de um outro modelo de atenção, em substituição aos serviços hospitalares psiquiátricos que têm por objeto de intervenção a doença mental e não a pessoa em seu contexto de vida.

O modelo hospitalocêntrico tratava a 'doença mental' a partir da visão organicista e biomédica, de exclusão e isolamento, enquanto o serviço do CAPS tem como proposta psicossocial buscar estimular a autonomia do usuário, tratá-lo em seu meio sociofamiliar, respeitando-o enquanto sujeito/cidadão com sua história cotidiana.

O fechamento do hospital

Uma situação adversa para as famílias, no que tange ao tratamento de seus entes adoecidos, ocorreu quando o HPFR encerrou suas atividades em novembro de 2004. Ao perguntamos como esse período foi vivenciado, algumas cuidadoras revelaram que esse momento foi de grande tensão e de dificuldade, pois não sabiam como agir. Alguns doentes, devido a novos surtos, necessitaram de internação e isso foi problemático, pois seus familiares não sabiam o que fazer nessa nova situação. O motivo do fechamento definitivo do HPFR e seu significado

não foram compreendidos de imediato; somente posteriormente é que o discurso da Reforma Psiquiátrica foi sendo assimilado pelos familiares, pela mídia e pelos profissionais de saúde.

Nossa! Eu acho que foi o pior período que a gente teve... o pior período mesmo. Que daí não tinha tratamento nenhum. O CAPS não estava aberto ainda. O Franco da Rocha tinha fechado. Ela piorou! Daí ela... daí ela esqueceu de uma vez quem era eu, quem era meu pai, ... a mãe dela, no caso ela esqueceu da vida dela em si. Ela saía desnorteada pela rua. Às vezes a gente não sabia até onde ela estava. Daí meu pai tirou eu dela durante um mês... pra daí procurar, levou eu pra casa da minha tia, pra daí achar um tratamento pra ela. Foi a pior época mesmo. Pior! (Filha 1).

Olha, eu fiquei bastante preocupada. Porque a gente tinha ali no Franco, como um cano de escape. Por que quando apurava em casa, a gente levava lá, ela melhorava. Porque eu pensava assim: "Meu Deus! E agora? Se ela ficar ruim, o que é que eu faço?" No começo de 2006 ela ficou ruim. Ela mesmo disse: "Mãe, me interna que eu não aguento mais" ... Então, quando fechou o Franco da Rocha, eu fiquei nesse susto. Nessa preocupação. É por que a gente tinha aquela certeza. Preciso, está ali o Franco. E daí a gente confiava nos políticos que prometeram que ia reabrir. Mas depois que vem uma lei, que não reabre mais, não é pra criar mais hospital psiquiátrico. (Mãe 1).

Pois daí, quando fechou, não tinha mais. Eu não sei por que fechou. Passava apuro, às vezes. Daí ele foi pra Curitiba nessa época (foi internado). (Mãe 2.)

A instituição possuía múltiplos significados, não era somente um espaço de segregação, maus tratos, violência, mas também era um espaço de cuidado, de acolhida e de tratamento para a crise. E quando fechou, ainda não tinha sido implantado um serviço substitutivo que absorvesse a demanda do HPFR, [...] "pois à família é imprescindível o apoio de um serviço especializado e preparado para acolher o seu sofrimento e despreparo no lidar com um cuidado tão complexo, que é o de um portador de transtorno mental" (ROSA, 2008, p. 207).

A desassistência gerou sofrimento, segundo as cuidadoras, para elas próprias e para as pessoas em sofrimento mental, pois "não tinha

tratamento nenhum [...] foi a pior época mesmo. Pior!” (filha 1).

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

O surgimento do CAPS II

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

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

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

O CAPS II foi aberto muito mais pela teimosia de alguns profissionais de saúde mental do que pela política do município visando uma melhora da qualidade da assistência ao doente mental. Acredito que ainda ele não tenha na prática chegado perto do que ele pode ser, e atribuo isso à dificuldade de encontrar profissionais aptos e formados nesse modelo e pela política do município de não atrair profissionais, seja pelos baixos salários ou por não fornecer uma carreira atrativa, o que acaba

não fixando os profissionais no serviço e sem isso não é possível implementar um serviço que trabalhe dentro dessa filosofia. (P1).

Não houve, por parte dos dirigentes e da Prefeitura, também, preocupação quanto a isso (abertura do CAPS). Acredito que a psiquiatria nunca foi para eles um motivo de preocupação, porque o Franco fazia tudo, gerenciava tudo. Então, enquanto o Franco existia, ficava cômodo para eles e não existia esse movimento. Eles não tinham essa preocupação. A gerência da saúde não tinha Conselho, o Conselho de Saúde, acho que foi também recente, por meados desta data (2006), um pouquinho antes, e não se discutia. Até que quando se foi em algumas reuniões da comissão de saúde, eu me lembro, do hospital, a gente participou, quando a gente começou com esse estudo do CAPS, Hospital Dia, que a gente começou com aquele movimento de estudos, houve aquela preocupação dos profissionais do Franco.

Lembro que a gente foi nas reuniões do Conselho de Saúde, não tinha essa abertura. Não tinha muito essa preocupação do que poderia acontecer, só quando fechou o hospital é que eles foram tomar conta e se dar conta que a coisa teria que acontecer. Então por isso foi muito tardia, e foi uma coisa assim, meio que no começo, meio sem saber como que era, por onde era e só para dizer que no começo era meio “pro forma” e só para dizer que tinha (CAPS). Depois que foi se estruturando e se preocupando. Porque daí sim, veio as portarias ministeriais, todas as questões de como funcionar, de como ser (o CAPS). E daí veio uma coisa mais clara, que eles foram procurar recursos porque a população ficou na rua. E daí eles tiveram que tomar medidas pela questão de o hospital fechar, pra daí eles toquem. (A1).

Percebemos, pelos depoimentos, que a implantação do serviço enfrentou algumas dificuldades, como falta de apoio e entendimento dos gestores, até ir se estruturando. Mas quanto ao fato de a equipe de profissionais ser terceirizada, isso representa uma dificuldade até os dias de hoje, pois ela também enfrenta algumas dificuldades para trabalhar com a rede de assistência do município.

Considerações dos profissionais em saúde mental sobre a Reforma Psiquiátrica em Ponta Grossa

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

Acredito que foi o movimento mais importante que ocorreu dentro da saúde mental até hoje, mas que corre um grande risco de ver suas principais conquistas serem desmanteladas seja pelas pressões corporativas, como no caso da lei do ato médico, seja por uma burocratização excessiva dos procedimentos coordenados pelo Ministério da Saúde. A mudança de modelo envolve principalmente a transformação das referências dos profissionais de saúde para trabalhar nesse modelo, e aí está o grande problema da reforma, pois ela esbarra na falta de qualificação e de envolvimento dos profissionais para trabalharem nesses novos dispositivos. (P1).

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

Estando aqui, vivendo essa realidade, eu vejo que ela é muito importante (Reforma Psiquiátrica), ela é muito boa. Ela tem essa capacidade de suprir a necessidade do tratamento psiquiátrico. Mas como falei antes, a divulgação não é feita. Não é passada para a sociedade, essa mudança. A gente está vendo aos poucos, só que como profissional, lendo nos informativos federais e tal. Mas é muito pouco ainda. Mas ela é... pensando, assim, na história da psiquiatria, é um grande avanço para a sociedade. Por ter essa liberdade de tratamento, ter essa liberdade de ir e vir. De trazer pro sujeito aquilo que ele merece ser ou aquilo que ele foi um dia e que ele não deixou de ser. E acho que isso que é mais importante de a gente estar mostrando, também, isso para os pacientes. (P2).

Já esta profissional aponta os pontos positivos da reforma como sendo um grande avanço

na assistência psiquiátrica, mas acredita que a sociedade em geral não tem conhecimento das mudanças que estão ocorrendo.

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

A lei a que a profissional se refere é a Portaria SNAS N 224 /92, 29 de janeiro de 1992, que já colocava algumas normas sobre o atendimento ambulatorial, CAPS/NAPS, entre as quais estavam normas para o atendimento hospitalar, para a humanização do atendimento e para a preservação de direitos das pessoas em sofrimento mental. Segundo depoimento: *“E o problema é que como na maioria das leis do país, não é bem aplicada. Porque se aquela fosse, não precisaria ter essa” (lei 10.216)*. Outra questão levantada são os interesses ideológicos e políticos que *“não é uma coisa que combina com o tratamento”*.

Primeiro, não é Reforma Psiquiátrica, a questão da psiquiatria é, na verdade, na assistência psiquiátrica. Então, eu acho assim, que como sempre a maioria das leis brasileiras é muito bonita no papel, a filosofia, a ideia, é muito bonita. Só que na realidade a gente não tem. Não conheço muito bem a visão de São Paulo, lá eu acho que funciona mais, pelo pouco que eu sei. A visão que eu tenho de Ponta Grossa e Castro, eu já vejo a diferença. Castro é uma cidade pequena, lá funciona. Aqui não funciona. É uma dificuldade. Acho que desde o tempo do Hospital Franco da Rocha, tem aquele elo de profissionais, que só eles que sabem,

não deram abertura para nada, eles são a favor do hospital (modelo hospitalocêntrico). E a gente e os médicos que são aqui do CAPS, a gente é a favor da psicossocial. Essa é a minha visão atual, é essa a problemática, que eu vejo que no papel é muito bonito, mas na prática não está funcionando. (E1).

Novamente aparece o componente já citado por Kasper (2003): a forte marca cultural deixada pelo HPFR; a certeza de que a rede privada, através do modelo hospitalocêntrico, daria conta do atendimento às pessoas em sofrimento mental. Percebemos que esses atores enfrentam ainda, em seu cotidiano profissional, um momento de transição paradigmática, do paradigma psiquiátrico para o paradigma emergente: a saúde mental.

Considerações finais

A Reforma Psiquiátrica vai além de uma mudança de modelo de atendimento à pessoa em sofrimento mental; ela é um movimento complexo, de transformações, o que nos leva a refletir sobre quão longo é o caminho, visto que só estamos no começo. Este artigo traz um pouco da história do atendimento psiquiátrico no município de Ponta Grossa - 2000 a 2010 -, o início do Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha e seu processo de fechamento após quase 40 anos de funcionamento. Também esclarece como, através dos trabalhadores em saúde mental e não dos gestores, começou o processo de Reforma Psiquiátrica.

Torna-se evidente, através dos depoimentos dos profissionais de saúde mental, que a proposta trazida pela Reforma Psiquiátrica se deparou com uma realidade municipal complexificada pelas vulnerabilidades socioculturais, políticas e econômicas, tais como a terceirização, a precarização dos serviços, a política local de saúde mental, ainda relacionadas às reformas “neoliberais” do Estado brasileiro nos anos 90.

Mas também percebemos que os profissionais de saúde, juntamente com as famílias e os usuários, estão construindo uma história da saúde mental no município, embora ainda de maneira tímida. Entretanto, se por um lado estão construindo e propagando uma nova perspectiva de saúde mental, diferente da dominante, por outro lado percebemos que, culturalmente, ainda

está arraigada, no imaginário da sociedade, a concepção de que o modelo hospitalocêntrico é a melhor forma de tratamento do sofrimento mental no município de Ponta Grossa.

Referências

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

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

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

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

BORCK, Isis. **Hospital psiquiátrico Franco da Rocha: 35 anos de história**. Monografia (Especialização em História) – Universidade Estadual de Ponta Grossa, 2003.

BRASIL. **Lei Federal 10.216 de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 23 fev. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 24 abr. 2010.

CHERCHGLIA, Mariângela Leal. Terceirização do trabalho nos serviços de saúde: alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos. CDRHU, Texto de apoio/Unidade 3. In: PARANGUÁ, Jose Santana; CASTRO, Janete Lima (Orgs.). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde**

CADRUH. Natal: EDUFRRN, 1999. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub04U3T5.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2010.

CREMONESE, Dejalma. **Políticas públicas**. Ijuí, RS: Unijuí, 2009. Disponível em: <http://www.capitalsocialsul.com.br/capitalsocialsul/analisedeconjuntura/EaD_PolíticasPublicas.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2010.

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

DEVERA, Disete; COSTA-ROSA, Abílio. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformação na legislação, na ideologia e na prática. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 6, n. 1, p. 60-79, 2007. Disponível em: <<http://www.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewFile/46/88>>. Acesso em: 05 ago. 2011.

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

FALEIROS, Vicente de Paula. Alternativas metodológicas da pesquisa em serviço social. **Serviço Social e Sociedade**, n. 21, ano VII. São Paulo: Cortez, 1986.

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

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

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

LEÃO, Adriana; BARROS, Sônia. As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inclusão social. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, p.95-106. Jan./Mar.2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000100009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 10 mar. 2010.

LENDZION, Kelly Cristine. **Vozes dissonantes**: a reforma psiquiátrica em Ponta Grossa. Monografia

de Conclusão de Curso de Bacharelado em História. Universidade Estadual de Ponta Grossa, 2007.

MARIZ, Nataly Netchaeva. Desconstruindo estigmas: o espaço da internação na reforma psiquiátrica. **Práxis e Formação**, UERJ, Rio de Janeiro, Ano I, p. 1-5, 2008.

MEDEIROS, Manoela Martins. **Informação e representações sociais**: estudo exploratório com familiares de portadores de sofrimento mental. Dissertação de Mestrado em Ciência da Informação da Escola de Ciência da Informação da Universidade Federal de Minas Gerais. UFMG. 2005

MELLO NETO, Cândido et al. **Histórias da medicina em Ponta Grossa**. Ponta Grossa, Associação Médica de Ponta Grossa. v. I. Editora Planeta Ltda, 1995.

PAULIN, Luiz Fernando; TURATO, Egberto R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 11, n. 2, p. 241, mai./ago. 2004.

PMPG. Prefeitura Municipal de Ponta Grossa. Disponível em: <<http://www.pontagrossa.pr.gov.br/s/>>. Acesso em: 23 ago. 2010.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2008.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed.rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, Elizângela Cardoso de Araújo. **A precarização do trabalho em saúde mental**. UFRN, 2010. Disponível em: <<http://www.cchla.ufrn.br/cnpp/pgs/anais/Arquivos>>. Acesso em: 15 jun. 2011.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciência, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, jan./abr. 2002.

WADI, Yonissa Marmit. Uma história da loucura no tempo presente: os caminhos da assistência e da reforma psiquiátrica no Estado do Paraná. **Revista do programa de Pós-Graduação em História**. Florianópolis, v.1, n. 1, p. 68 -98, jun. 2009.