



Universidade Católica do Salvador
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania

JULIANA CAMPOS DE OLIVEIRA

**O DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL EM UM
HOSPITAL GERAL DO SUL DA BAHIA**

Salvador
2018

JULIANA CAMPOS DE OLIVEIRA

**O DIREITO À SAÚDE DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL EM UM
HOSPITAL GERAL DO SUL DA BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Sociais e Cidadania.

Orientadora: Dra. Ana Maria Fernandes Pitta

Salvador
2018

Ficha Catalográfica. UCSal. Sistema de Bibliotecas

O48 Oliveira, Juliana Campos de
O direito à saúde de pessoas com transtorno mental em um hospital geral do Sul da Bahia / Juliana Campos de Oliveira. -- Salvador, 2018.
143 f.

Orientadora: Profª Drª Ana Maria Fernandes Pitta

Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica do Salvador. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação. Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania.

1. Política social 2. Assistência mental 3. Transtorno mental 4. Direito à saúde I. Pitta, Ana Maria Fernandes – Orientadora II. Universidade Católica do Salvador. Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação III. Título.

CDU 346.444(813.8)

TERMO DE APROVAÇÃO

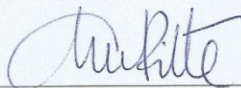
JULIANA CAMPOS DE OLIVEIRA

**“O DIREITO À SAÚDE DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL EM UM
HOSPITAL GERAL DO SUL DA BAHIA”.**

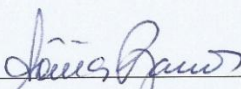
Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador.

Salvador, 11 de maio de 2018.

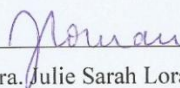
Banca Examinadora:



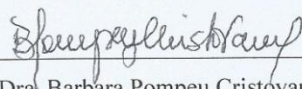
Prof. Dra. Ana Maria Fernandes Pitta - Orientadora/UCSAL



Prof. Dra. Sonia Barros – EEUSP



Prof. Dra. Julie Sarah Lorau Alves Silva – UCSAL



Prof. Dra. Barbara Pompeu Cristovam - UFF

Ao meu pai, Henrique Oliveira, que me ensina, vivendo, o que é a política em toda a sua intensidade e plenitude.

AGRADECIMENTOS

Ao desejo, inapreensível e insaciável.

As minhas filhas, meus amuletos, fonte inesgotável de força e renovação.

A Thiago, meu tesouro precioso, companheiro e presente.

A Quinho, meu duplo, irmão para todas as horas.

A Michele, uma irmã, acolhedora e amorosa.

A Ib, meu irmão, o sentido mais puro da fraternidade.

A Ana Pitta, minha orientadora e amiga, sempre surpreendente e sagaz.

“Alongo-me
O rio nasce
Toda vida.

Dá-se
Ao mar a alma vivida.
A água amadurecida,
A face
Ida.

O rio sempre renasce
A morte é vida”.

João Guimarães Rosa,

do livro “Ave palavra”

O DIREITO À SAÚDE DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL EM UM HOSPITAL GERAL DO SUL DA BAHIA

Juliana Campos de Oliveira
Dra. Ana Maria Fernandes Pitta (Orientadora)

RESUMO: Este estudo tem o objetivo geral de entender como ocorre a efetivação do direito à saúde da pessoa com transtorno mental internada em um hospital geral do sul da Bahia. No Brasil, somente após a Constituição de 1988, a saúde passou a ser um direito social e “um direito de todos e dever do Estado”. Todos incluem os “loucos” que durante muito tempo foram segregados nos hospícios e excluídos do estatuto de sujeito de direito. Para a realização dessa pesquisa foi utilizado, através da abordagem qualitativa, os métodos autoetnográfico e descritivo-exploratório, complementares e simultâneos. A partir desses métodos, primeiramente, nas instalações do hospital, foi feito um levantamento, no livro de registro de altas e óbitos do Sistema de Arquivo Médico e Estatístico - SAME, dos pacientes internados com diagnóstico de transtorno mental no ano de 2017. Depois, foi realizada uma entrevista informal com cada um dos pacientes encontrados nos seus respectivos endereços. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, resultando em um texto, lido sob a luz da Análise Hermenêutica de Paul Ricoeur e da Análise Institucional de René Lourau. A partir, das narrativas dos pacientes e com método autoetnográfico (presente em todas as etapas da pesquisa) é possível inferir quatro elementos de análise: o hospital, o Estado, as pessoas com transtorno mental e a pesquisadora. No hospital, o direito à saúde das pessoas com transtorno mental, na maioria das vezes, não acontece. É uma instituição que presta uma assistência baseada em práticas de descuido e abandono, tem uma estrutura precária e não tem leitos psiquiátricos devidamente implantados. O Estado, representado pelo hospital, viola, a todo instante o direito à saúde dessas pessoas, é ausente, omissivo e violento. As pessoas com transtorno mental internadas nesse hospital, demonstram um alheamento e um desempoderamento sobre a sua vida mesmo fora do surto, já no seu lar. Elas não se indignam nem reivindicam seu direito à saúde, em nenhum momento. Esse alheamento e esse desempoderamento, também, foi atribuído a pesquisadora, enquanto psicóloga do serviço. Nesse sentido, todos permanecem onde estão.

Palavras-chave: Assistência à saúde, Direito à saúde, Leitos psiquiátricos em hospital geral, Pessoas com Transtorno Mental.

O DIREITO À SAÚDE DE PESSOAS COM TRANSTORNO MENTAL EM UM HOSPITAL GERAL DO SUL DA BAHIA

Juliana Campos de Oliveira
Dra. Ana Maria Fernandes Pitta (Orientadora)

ABSTRACT: *This study aims to understand how the right to health of the person with mental disorder hospitalized in a general hospital in the south of Bahia happens. In Brazil, only after the Constitution of 1988, health became a social right and "a right of all and duty of the State". They all include the "madmen" who have long been segregated in hospices and excluded from the status of a law subject. For the accomplishment of this research was used, through the qualitative approach, the autoethnographic and descriptive-exploratory methods, complementary and simultaneous. Based on these methods, first, in the hospital's premises, a data and information collection was performed in the register of medical releases and deaths of the Medical and Statistical Archive System – SAME, of patients hospitalized with a diagnosis of mental disorder in the year 2017. Later, an informal interview was conducted with each of the patients found at their respective addresses. The interviews were recorded and, later, transcribed, resulting in a text, read in light of the Hermeneutic Analysis of Paul Ricoeur and the Institutional Analysis of René Lourau. From the patient narratives and through the autoethnographic method it is possible to infer four elements of analysis: the hospital, the State, the people with mental disorder and the researcher. In the hospital, the right to health of people with mental disorders, most of the time, does not happen. It is an institution that provides care based on practices of carelessness and abandonment, has a precarious structure and does not have psychiatric beds properly implanted. The State, represented by the hospital, violates at all times the right to health of these people, is absent, omission and violent. Mentally ill people admitted to this hospital demonstrate distress and disempowerment about their life even outside the outbreak, at home. They are not outraged or claim their right to health at any time. This aloofness and disempowerment, too, was attributed to a researcher as a service psychologist. In this sense, everyone stays where they are.*

Keywords: Assistance to health, general hospital in psychiatric beds, right to health people with mental disorder.

SUMÁRIO

| | |
|--|--------------------------------------|
| 1.INTRODUÇÃO | 11 |
| 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA..... | 17 |
| 2.1. O direito à saúde | 17 |
| 2.1.1. O direito à saúde: um direito social..... | 17 |
| 2.1.2 O direito à saúde: uma história | 25 |
| 2.1.3 O direito a saúde das pessoas com transtorno mental: uma conquista..... | 29 |
| 2.2. O hospital Geral | 39 |
| 2.2.1. O hospital geral: um contexto | 39 |
| 2.2.2. Os hospitais gerais e as pessoas com transtorno mental: uma possibilidade | 43 |
| 3. A PESQUISA: UMA ABORDAGEM QUALITATIVA COM O MÉTODO | |
| AUTOETNOGRÁFICO E DESCRITIVO-EXPLORATÓRIO | 45 |
| 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO | 48 |
| 4.1. Os dados descritivo-exploratórios | 49 |
| 4.2 A análise hermenêutica de Ricoeur | 52 |
| 4.3. A análise institucional de René Lourau | 57 |
| 4.4. O percurso autoetnográfico..... | 59 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 62 |
| REFERÊNCIAS | 64 |
| ANEXOS | 75 |
| Anexo I | 75 |
| Anexo II | 76 |
| Anexo III..... | Erro! Indicador não definido. |
| Anexo IV..... | 77 |
| Anexo V | 78 |

APRESENTAÇÃO

Sou psicóloga, formada na Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, com especialização em Psicologia Social pela Universidade Estadual de Santa Cruz - UESC e em Saúde Mental pela Universidade Federal da Bahia - UFBA. Desde que me formei, em 1998 (vinte anos atrás), sempre trabalhei na área da saúde, primeiro na gestão dos serviços públicos e depois na assistência à saúde. No período de 2000 a 2008, no município de Ibicaraí-Ba: fui coordenadora do PSF, coordenadora de Saúde Mental, coordenadora do CAPS e depois Secretária de Saúde. Em 2008, tornei-me psicóloga da Policlínica Municipal de Itabuna-Ba e em 2012, psicóloga do Hospital Geral Luiz Viana Filho – HGLVF, em Ilhéus-Ba, ambos via concurso público. No referido hospital, comecei como psicóloga do anexo psiquiátrico, extinto em 2013, e atualmente sou psicóloga da urgência/emergência e da clínica cirúrgica. Desde sempre a minha inserção nesse hospital foi e continua sendo desconcertante, inquietante e impactante: a estrutura física, a rotina, os poderes. Como psicóloga do serviço, passei a presenciar, escutar, lidar, na maioria das vezes, com histórias de vida atravessadas por uma lógica de desproteção, descuido e abandono, principalmente quando o paciente tinha um transtorno mental. Perguntava-me: o que está acontecendo? O que fazer frente a isso? Qual é o meu trabalho? Como posso, enquanto profissional, fazer rupturas? Eis o desafio, o incômodo e o desejo. Eis de onde parto e para onde quero retornar.

1.INTRODUÇÃO

A saúde é um direito social porque garante ao cidadão o espaço de participação do bem-estar em sociedade, e é dever do Estado adotar condutas positivas em benefício dos cidadãos. É considerado, por Bobbio (1992), um direito do homem, ou seja, é decorrente de um processo histórico, social e econômico de lutas e conquistas e não da natureza.

Na perspectiva da classificação jurídica, o direito social é um direito positivo de segunda dimensão, no qual o Estado tem o papel de prestador e tem o dever-fazer. Diferente do direito negativo de primeira dimensão – o de liberdade - que está sempre relacionado às abstenções do poder do Estado em benefício da liberdade dos cidadãos. (SARLET, 2015).

No Brasil, a partir da Constituição de 1988, foi constituído um Estado Democrático de Direito¹, no qual a saúde foi convertida em um direito social, isto é, de todos e todas, e um dever do Estado em suas diversas esferas - municipal, estadual e federal. Garantindo, assim, a saúde da população em todos os seus aspectos: na implantação das políticas, na garantia do acesso universal e igualitário, na promoção e prevenção da saúde e no fornecimento de um tratamento digno para todos os cidadãos, sem distinções de raça, cor, sexo ou credo.

A saúde, como um direito de todos, inclui os “loucos” que, ao longo dos últimos séculos - final do XVIII até a metade do século XX - foram excluídos e segregados em hospícios e desconsiderados como sujeito de direito. Nessa direção, em 2001, foi promulgada a Lei 10.216² que enfatizou, pela primeira vez, a perspectiva e a possibilidade de as pessoas com transtorno mental terem seus direitos (não somente o direito à saúde) garantido.

A garantia do direito à saúde das pessoas com transtornos mentais faz com que esses indivíduos se expressem e parem de se identificar como ocupante do lugar de doente e incapaz, se identificando agora com o “ [...] lugar de sujeitos de direitos, com experiências válidas e capacidades reconhecidas socialmente, transformando o imaginário social da cultura manicomial” (AMARANTE; TORRE, 2017, p. 119).

¹ O Estado Democrático de Direito é considerado o modelo que mais se afina com a garantia e a efetividade dos direitos sociais, pois propõe a ampliação dos mesmos, favorece o exercício da cidadania e é assentado nos pilares de uma sociedade justa e democrática.

² Os direitos conquistados através dessa Lei foi o resultado do processo de redemocratização do país, do movimento da Reforma Sanitária, do movimento da Reforma psiquiátrica da década de 1980.

Além disso, o desenvolvimento de uma condição de sujeito/cidadão tem que estar relacionado com transformações, de toda a ordem, que envolvam ampliação e conquista de política de direitos (PITTA,1992). É, nessa direção, que o modelo de assistência à saúde mental foi reorientado, com o desmonte do sistema manicomial e a implantação de uma Rede de Atenção Psicossocial – RAPS – composta, basicamente, de Centros de Atenção Psicossocial -CAPS, Residências Terapêuticas - RTs e Leitos Psiquiátricos em Hospitais Gerais – LPHG.

Os leitos psiquiátricos em hospital geral são considerados, tanto pela literatura nacional quanto pela internacional, uma alternativa viável, principalmente, ao manicômio, para as pessoas com transtorno mental, pois apontam para uma possibilidade de reinserção social e pretendem garantir os seus direitos. O hospital geral é “considerado o local adequado (não sei se ideal) para a internação quando há o recrudescimento dos sintomas da doença mental” (HILDEBRANDT; ALENCASTRE, 2001, p. 176).

A implantação dos leitos psiquiátricos é um fato, mas não é um consenso, haja vista que essa proposta encontra muitos impasses, uma vez que o hospital geral é uma instituição multissecular, de tratamento de enfermidades, de procedimentos de alta complexidade de natureza curativa e reconhecida no imaginário social como o local tradicional, genuíno e consagrado de **tratamento das doenças orgânicas** e não mentais. Somado a isso, esses leitos são implantados em hospitais gerais públicos que, também, frequentemente no Nordeste, são reconhecidos, como um local com uma estrutura física precária, uma gestão que beira o descaso e com práticas de cuidado que trazem sofrimento, morte e violação de direitos, especificamente, o do direito à saúde.

Demonstrando a relevância desta pesquisa é que se propôs: conhecer a realidade das pessoas com transtorno mentais internadas em um hospital geral; identificar a efetividade do seu direito à saúde, principalmente, em tempos de “Estado de exceção”³; trazer para o cenário um tema pouco explorado, principalmente, pela perspectiva dos sujeitos internados e discutir a importância da implantação de leitos psiquiátricos em hospital geral.

³A partir de 2016, o governo federal fez mudanças socioeconômicas significativas: aprova em 29 de novembro de 2016 a PEC 55/2016 que limita o aumento dos gastos públicos à variação da inflação com o objetivo de equilibrar as contas públicas (PORTAIS SENADO NOTÍCIAS, 2016). E em 14/12/2017, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) aprova mudanças na política de Saúde Mental, estimulando a manutenção de leitos em hospitais psiquiátricos, ampliando os recursos para comunidades terapêuticas e limitando a oferta de serviços extra hospitalares.

Nesse sentido, esta pesquisa tem o interesse de averiguar como se efetiva o direito à saúde das pessoas com transtorno mental internadas em um hospital geral do sul da Bahia. O hospital geral estudado – conhecido pela comunidade como “Regional” - é unidade pública estadual de média e alta complexidade de referência, que oferece atendimentos em: urgências e emergências, clínica médica masculina e feminina, clínica cirúrgica, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Unidade Semi-Intensiva (UI). Foi inaugurado em outubro de 1970 e é uma unidade de referência em atendimento às urgências e emergências de tipo II.

É o único serviço de referência em urgência e emergência em Saúde Mental do município, mesmo não tendo os leitos psiquiátricos adequadamente implantados. Essa ressalva é importantíssima e respalda a pesquisa, pois estamos nos referindo a um hospital que deveria ter os leitos psiquiátricos devidamente regularizados, mas não os têm.

O “Regional” está localizado no município de Ilhéus com 176.341 habitantes (IBGE/2017). A cidade faz parte da microrregião Cacaueira do Sul do Estado da Bahia, a 420 Km da capital, Salvador. Somado a isso, Ilhéus tem uma grande extensão territorial de 1.583 Km², composta por 66 aglomerados urbanos constituídos por pequenos produtores, assentamentos da reforma agrária, aldeias (remanescentes dos tupinambás) e áreas consideradas de quilombolas (remanescentes de escravos)⁴.

É uma região que teve a presença de um fenômeno – social, econômico e cultural – chamado de mandonismo dos coronéis do cacau que, segundo Gustavo Falcón (2010), tinha como características gerais um forte clientelismo que reverberava nos contextos social, econômico, cultural e até psíquico e um protagonismo da propriedade fundiária como base de poder⁵. Dessa forma, tem-se como características peculiares (próprias dessa região) um traço individualizador de afirmação de prosperidade, uma sucessão de chefes regionais e uma não estabilização prolongada no poder⁶. “O mandonismo permeava as mais diversas instâncias da vida municipal, mostrando-se presente em quase todas as manifestações sociais. Não seria exagero afirmar que os coronéis possuíam poder de vida e de morte sobre a sociedade” (FALCÓN, 2010, p.80). Com a crise na lavoura cacaueira no final da década de 1980, o mandonismo do cacau, declinou acentuadamente, mas

⁴ Que dificulta a cobertura de serviços de saúde, entre outros aspectos.

⁵ Comum a todos os tipos de mandonismo brasileiro (FALCÓN, 2010).

⁶ Encontradas somente no mandonismo do cacau (FALCÓN, 2010).

deixou marcas e resquícios de um forte clientelismo e de uma forma individualizada de exercer poder que reverberam, por exemplo, na inércia da população⁷.

Após esse breve contexto a respeito da cidade de Ilhéus, é relevante pontuar que a rede de saúde do município é composta por: 13 Unidades Básicas de Saúde – UBS; 23 equipes da Saúde da Família – PSF; 2 unidades especiais de saúde indígena; 15 postos de saúde na zona rural. O município não tem unidade hospitalar própria, mas tem o hospital estadual pesquisado e outros três hospitais privados conveniados ao Sistema Unidade de Saúde (saúde suplementar). A rede de saúde mental do município é composta de três Centros de Atenção Psicossocial: CAPS II, CAPS infantil/adolescente e CAPS álcool e drogas.

O hospital geral estudado tinha um Anexo Psiquiátrico, inaugurado em 1981, que disponibilizava à população tratamento ambulatorial e internação a curto prazo, almejando o mais rápido possível a reinserção social e familiar desses pacientes. Equipado com Ambulatório Multiprofissional, Leitos de Observação, Dispensação de Medicamentos e Enfermaria de Psiquiatria com 30 leitos, 15 masculinos e 15 femininos, para internações breves nas urgências e emergências psiquiátricas, com equipe qualificada, sendo referência para os municípios da Microrregião e demais regiões próximas da cidade, garantindo atendimento a aproximadamente 70 municípios.

Porém, em 2013, trinta e dois anos depois, como uma etapa do projeto de desinstitucionalização da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB, respaldado pela política do Ministério da Saúde através da portaria ministerial 148 de 31 de janeiro de 2012 e segundo as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e da lei 10.216 de 6 de abril de 2001, esse anexo foi fechado. Na ocasião, a SESAB, para substituir o anexo, apresentou um projeto de implantação, no hospital geral citado, de um Serviço Hospitalar de Referência - SHR para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. Seria um Serviço⁸ com (06) seis leitos psiquiátricos (três masculinos e três femininos), mas o projeto não saiu do papel e os leitos psiquiátricos não foram implantados.

Assim, as pessoas com transtorno mental desse município e das regiões circunvizinhas passaram a ser atendidos na urgência/emergência do referido hospital

⁷ Mito Gabriela: “eu nasci assim, vou ser sempre assim”.

⁸É consenso dizer que a internação em leitos psiquiátricos em hospitais gerais é sempre uma boa alternativa e em muitos casos eficaz (DALGALORRONGO; BOTEGA; BANZATO, 2003).

geral, sem o antigo anexo e sem leitos especializados⁹. O município perdeu a oportunidade de potencializar os recursos, de firmar parcerias e corresponsabilidade com Atenção Básica e com as unidades da Estratégia de Saúde da Família, de ações intersetoriais, correndo o risco de aumentar internações desnecessárias. A população, nesse caso, ficou com um serviço hospitalar que oferece um tratamento inadequado e desumano. Nessa dianteira, temos, até então, um único hospital geral no município, que atende, interna e, às vezes, recusa pessoas com transtorno mental, sem leitos psiquiátricos devidamente implantados, em um município com uma saúde básica precária e sucateada e com uma rede de saúde mental ineficiente¹⁰.

Diante dessa realidade, fica a pergunta: Como ocorre o direito à saúde das pessoas com transtorno mental internadas nesse hospital? Nesse sentido, o objetivo geral dessa pesquisa foi **entender como ocorre o** direito à saúde das pessoas com transtornos mentais internadas nesse hospital geral. E os objetivos específicos são: **descrever** como ocorre o direito à saúde dessas pessoas quando internadas; **analisar** o papel do hospital e das pessoas com transtorno mental nesse processo e **identificar** a efetividade desse direito.

No que diz respeito a efetividade, é importante ressaltar que essa pesquisa quer saber sobre a efetividade do direito¹¹ à saúde através da efetividade em saúde. Ou seja, quer saber se a assistência que esse hospital presta a pessoa com transtorno mental quando internada está de acordo com a norma jurídica (constituição, leis e demais portarias).

Para isso, em primeiro lugar, foi feita uma revisão bibliográfica sobre o que é o direito à saúde, sobre o que é o hospital geral e sobre o direito das pessoas com transtorno mental. Nesse percurso, se destacaram os seguintes autores: Norberto Bobbio e Michel Foucault, ambos com perspectivas históricas, críticas, relevantes e consistentes. Foram raros os trabalhos científicos que associavam os três elementos: direito à saúde, pessoas com transtorno mental e hospital geral, afinal eles eram até bem pouco tempo, incomunicáveis e díspares¹². Mas foram abundantes os trabalhos com os temas sobre o direito à saúde mental, a Reforma Psiquiátrica e os leitos psiquiátricos em hospitais gerais.

⁹ Com o anexo fechado, ainda ficaram “internados” três pacientes que não tinham parentes conhecidos e nem residência fixas, até serem transferidos para Salvador, um ano depois.

¹⁰ Em média 80% da população precisa do serviço público de saúde.

¹¹ Efetividade do direito tem como sinônimos: palpabilidade, incontestabilidade, realidade, indiscutibilidade, indisputabilidade e irrefutabilidade.

¹² Somente a partir do século XX, depois das duas grandes Guerras Mundiais, como Movimento da reforma psiquiátrica em todo mundo é que se começou a pensar no tratamento, na dignidade, no direito dessas pessoas que durante muito tempo foram segregadas, excluídas e negadas enquanto sujeito.

A abordagem da pesquisa foi qualitativa e os métodos, simultâneos e paralelos, autoetnográfico e descritivo-exploratório. O método autoetnográfico é o ponto de partida e esteve presente em todas as etapas da pesquisa, permitindo trazer à tona a subjetividade do contexto através da percepção da pesquisadora e o método descritivo-exploratório que possibilitou, de forma consistente e objetiva, saber como as pessoas com transtorno mental pensam, sentem e percebem o hospital quando são internadas e a relação disso com o direito à saúde.

A pesquisa descritiva-exploratória, começou no hospital; primeiro com um levantamento no livro de registro de altas e óbitos do Sistema de Arquivo Médico e Estatística – SAME, do número de pacientes diagnosticados com transtorno mental e internados no hospital no ano de 2017, encontrando um total de 16 paciente. Depois, ainda no hospital, foi solicitado, também, ao SAME, os prontuários desses pacientes para a localização dos endereços desses pacientes. Após isso, a pesquisadora, saiu do hospital¹³, e foi nas residências desses pacientes e realizou, uma a uma, as entrevistas informais com cada um deles. Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e transformadas em um texto único.

A concretude do texto (a transcrição das entrevistas) foi de fundamental importância para se manter a neutralidade necessária. A distância metodológica ideal, o juízo de valor, a verdade absoluta não faz parte deste estudo. Esse texto foi analisado a luz da hermenêutica de Ricoeur, da Análise Institucional de René Lourau. A observação autoetnográfica esteve presente em todas essas etapas, indissociavelmente.

Após o percurso metodológico, híbrido e pulsante, foi possível afirmar que nesse hospital, o direito à saúde das pessoas com transtorno mental não é efetivado, principalmente, quando o paciente está em surto psicótico ou quando ele permanece muito tempo internado¹⁴. É um serviço que tem instalações precárias (macas no corredor, quartos lotados e sem sistema de ventilação) e tem um funcionamento caótico e precário.

Por outro lado, as pessoas com transtorno mental e seus familiares pesquisadas demonstram um alheamento sobre si, sobre a doença, sobre o tratamento, sobre o hospital e sobre o direito à saúde. Associado a uma espécie de desempoderamento sobre a situação

¹³ A saída do ambiente/território do hospital para o ambiente/território da vida dos sujeitos faz com que a pesquisadora mude de perspectiva, nessa hora o hospital muda de lado e parece se tornar uma “capa”, quase que protetora, se comparado a situação socioeconômica precária e vulnerável dos sujeitos.

¹⁴ O hospital estudado tem instalações precárias (muitas macas no corredor, quartos lotados e sem sistema de ventilação etc.) e um funcionamento desorganizado, a semelhança de alguns hospitais públicos brasileiros.

que vivem. Não se mostram indignadas e têm uma tendência a aceitar qualquer espécie de violência e a violação de direitos, dentro ou fora do hospital e do surto, também.

Pesquisar sobre o direito à saúde das pessoas com transtorno mental nesse hospital geral foi desafiador e instigante porque possibilitou analisar e identificar os avanços e os desafios dos pressupostos da Constituição de 1988 (quase trinta anos depois) e da lei 10.216 (com quase 16 anos) e possibilita pensar na construção de estratégias concretas para a verdadeira implantação de seus leitos. Além disso, foi uma oportunidade de adentrar em um tema pouco explorado por abordar a perspectiva das pessoas com transtorno mental e adquirir conhecimento sobre suas realidades.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. O direito à saúde

2.1.1. O direito à saúde: um direito social

O direito à saúde é, antes de tudo, um direito social. O direito social está relacionado, principalmente, às funções e aos deveres do Estado, ou seja, o Estado é obrigado a adotar condutas positivas, de natureza fática e normativa e estruturar a organização e os procedimentos que viabilizem a proteção, a garantia e a promoção desse direito, assumindo a posição de devedor perante o cidadão. Nesse sentido, o direito social atribui ao sujeito, condições de exigir, desse estado-devedor, a intervenção estatal em benefício dos indivíduos e o direito a prestações sociais estatais, tais como: saúde, educação, trabalho, assistência social, entre outras. Sendo assim:

Os direitos sociais, em suma, são direitos que credenciam o indivíduo a exigir do Estado uma postura ativa, no sentido de que este coloque à disposição daquele, prestações de natureza jurídica ou material, consideradas necessárias para implementar as condições fáticas que permitam o efetivo exercício das liberdades fundamentais e que possibilitam realizar a igualização de situações desiguais, proporcionando melhores condições de vida aos desprovidos de recursos materiais (DIRLEY, 2012, p. 759).

Enquanto categoria jurídica, os direitos sociais são Direitos Fundamentais de segunda dimensão¹⁵, pois exigem a intervenção, proteção e ação do Estado, se reportam

¹⁵A evolução histórica de afirmação e expansão progressiva dos Direitos Fundamentais nos permite pensar em “gerações” ou “dimensões” de direitos. A expressão dimensão, para muitos autores, corresponde a uma sucessão temporal de afirmação e acumulação sempre de novos direitos fundamentais que se

à pessoa individual, estão relacionados ao princípio de justiça social e pressupõem o direito de participação do bem-estar social (SARLET, 2015).

Assim, os direitos sociais são o conjunto de regras jurídicas, predominantemente não estatais, que encerram o homem em sua realidade concreta e como membro dos grupos sociais¹⁶. Pretendem assim, concretizar (otimizar) o princípio da justiça social e viabilizam a execução de políticas públicas com o objetivo de garantir o amparo e a proteção aos mais fracos e mais pobres.

Desse modo, o direito social está relacionado, então, a prestações positivas proporcionadas pelo Estado direta ou indiretamente, enunciadas em normas constitucionais para possibilitar melhores condições de vida aos mais desfavorecidos, baseado no princípio da igualdade (SILVA, 2014). Nesse sentido,

Direito social é o complexo dos princípios e normas imperativas que tem por objeto a adaptação da forma jurídica à realidade social, considerando os homens na sua individualidade concreta do Estado, e tendo em vista, principalmente, as diferenças das situações econômicas entre eles existentes (CESARINO JÚNIOR, 1980, p. 132)

A ideia do direito social faz aparecer a individualidade concreta; protege os fracos; faz surgir em todas as relações jurídicas, como a terceira e principal parte, a Sociedade e estabelece sobre um novo terreno o acordo da forma e da realidade jurídica (CESARINO JUNIOR, 1980). Por isso, “com relação aos direitos sociais, ocorreu a passagem do homem genérico para o homem específico, ou tomado na diversidade de seus diversos status sociais” (BOBBIO, 1992, p. 69)¹⁷.

Na verdade, o direito social surgiu para melhorar as condições de vida da população, para garantir a participação na riqueza coletiva e para diminuir as desigualdades sociais e econômicas em um determinado período da história. Dessa maneira, o direito social é fruto de um processo histórico que é caracterizado como um direito relativo, heterogêneo e suscetíveis a transformações, restrições e ampliações sociais, econômicas e políticas. Ele emergiu gradualmente das lutas que as populações

complementam, sem alternância substituição ou supressão temporal de direitos anteriormente reconhecidos. A distinção entre as dimensões não é substancial, mas gradual.

¹⁶“Estes direitos fundamentais sociais não estão destinados a garantir liberdade frente ao Estado, mas são pretensões do indivíduo ou do grupo ante o Estado” (DIRLEY, 2012, p. 623).

¹⁷Todos aqueles que possuem o status são iguais com respeito aos direitos e obrigações pertinentes ao status. A cidadania é um status concedido àqueles que são membros integrais de uma comunidade. (MARSHALL, 1967).

travam por sua própria emancipação e pelas transformações das condições de vida que essas lutas produzem (BOBBIO, 1992).

Para Bobbio (1992), o direito social é considerado um dos “direitos do homem”¹⁸, pois, definitivamente não são produtos da natureza, mas sim um dos direitos decorrente de um processo histórico, social e econômico, de lutas, conquistas e evolução dos direitos, estritamente ligados à transformação da sociedade. É um produto da civilização humana que surgiu, a partir da luta dos homens contra o Estado absoluto, na Idade Moderna (final do século XVIII).

Definitivamente, a afirmação dos direitos do homem deriva de uma radical inversão de perspectiva, característica da formação do Estado moderno, no qual o ponto de vista é o direito dos cidadãos, não mais dos súditos, surgindo uma nova concepção de direito. Assim, “o direito dos homens nasce na realidade social da época, nas suas contradições, nas mudanças que tais contradições foram produzindo em cada oportunidade concreta” (BOBBIO, 1992, p. 74).

Segundo Bobbio (1992), o desenvolvimento dos direitos dos homens passou por três fases¹⁹: primeiro afirmaram-se **os direitos de liberdade**, isto é, todos aqueles direitos que tendem a limitar o poder estatal e a reservar para o indivíduo ou para grupos particulares uma esfera de liberdade em relação ao Estado. Em um segundo momento surgiram **os direitos políticos**, concebendo a liberdade não apenas negativamente, como não impedimento, mas positivamente, como autonomia. Por fim, foram proclamados **os direitos sociais**²⁰, que expressaram o amadurecimento de novas exigências e de novos valores sobre categorias como justiça social e qualidade de vida.

Uns dos momentos decisivos do nascimento dos direitos do homem, pelo menos simbolicamente, foi com a Declaração do Bom Povo da Virginia de 1776, nos Estados Unidos da América e a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, treze anos depois, aprovada pela Assembleia Nacional da França em 26 de agosto de 1789 (BOBBIO, 1992).

¹⁸No livro “A era dos direitos” Bobbio (1992) diz que a definição da palavra “direito”, aponta para uma pluralidade de expressões e sentidos para identificar os direitos da pessoa, enquanto homem e enquanto cidadão: direitos do homem, direitos fundamentais, direitos humanos, direitos públicos subjetivos, direitos individuais, etc. Ele defende a primeira expressão “direitos do homem” e que foi, também, escolhida para ser utilizada durante todo esse trabalho.

¹⁹ Os direitos do homem são produtos históricos, eles não nascem todos de uma vez e sim quando podem e devem nascer (BOBBIO, 1992).

²⁰Segundo Bobbio (1992), diferente dos direitos de liberdade, que nascem contra o superpoder do Estado, os direitos sociais exigem a ampliação desses poderes. Não para que o Estado volte ao absolutismo opressivo, mas, para que assuma compromissos com o bem-estar e o desenvolvimento humano.

A Declaração do Bom Povo da Virginia foi formulada antes da declaração de independência das treze colônias inglesas e serviu de inspiração para elas. Inspirada na crença de existência de direitos naturais e imprescritíveis do homem, preocupou-se com a fundação de um governo democrático e organizado em um sistema de limitação de poderes (BOBBIO, 1992).

A Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão francesa teve uma profunda inspiração jusnaturalista²¹ e transformou-se, em razão da universalidade de seus princípios, no marco culminante do constitucionalismo liberal e no instrumento de ascensão política e econômica da nova classe que se apossava do comando do Estado e da Sociedade: a burguesia. A partir dessa declaração, o Estado passou a ser contra a ordem feudal e seus privilégios para a nobreza e o clero, invertendo a relação do Estado com os indivíduos, marcando a formação do Estado moderno e delineando-se uma consolidação dos direitos do homem como normas obrigatórias (BOBBIO, 1992).

A Declaração francesa, ao se referir aos direitos de todos os homens e não apenas de uma casta ou estamento, se distinguiu da Declaração americana, a qual se preocupou com os direitos tradicionais (núcleo de proteção das declarações anglo-saxônicas). A partir dessas Declarações (da segunda metade do século XVIII) é que surgiram as primeiras constituições escritas e se inicia a positivação dos direitos como forma de o Estado cuidar dos cidadãos, o que culmina no surgimento do Estado de Direito. Dessa forma:

É com o nascimento do Estado de direito que ocorre a passagem final do ponto de vista do príncipe para o ponto de vista dos cidadãos. No Estado despótico os indivíduos singulares só têm deveres e não direitos. No Estado absoluto, os indivíduos possuem, em relação ao soberano, direitos privados. No Estado de direito, o indivíduo tem em face do Estado, não só direitos privados, mas também direitos públicos. O Estado de direito é o Estado dos cidadãos (BOBBIO, 1992, p. 61).

No Estado de Direito todo poder é exercido no âmbito de regras jurídicas que delimitam sua competência e orientam suas decisões. É uma subordinação de todo poder estatal ao direito. Esse processo é chamado de “constitucionalismo”. A sua consolidação parte da perspectiva do direito do cidadão e não mais do direito do soberano. Muda-se a

²¹O jusnaturalismo é a expressão histórica mais respeitável do racionalismo ético. Ele parte da hipótese de um estado natureza no qual os direitos do homem são poucos, absolutos e essenciais: o direito à vida e a sobrevivência que inclui também o direito à propriedade e o direito à liberdade (compreendendo algumas liberdades essenciais). O estado natureza perde toda sua plausibilidade com a ampliação dos direitos do homem (BOBBIO, 1992).

relação do Estado com o indivíduo, o cidadão não é mais súdito, é um indivíduo singular que passa a ter um valor em si mesmo. Para o indivíduo, primeiro os direitos e depois os deveres perante o Estado; e para o Estado, primeiro os deveres, depois os direitos (BOBBIO, 1992).

Para Sarlet (2015), durante todo esse longo processo que desemboca no surgimento do Estado de Direito, ocorre a positivação dos direitos fundamentais²², que é a consolidação do direito como uma norma obrigatória e produto de uma dialética constante entre a progressiva e paulatina afirmação, no terreno ideológico, das ideias de liberdade e dignidade humana.

Os primeiros direitos fundamentais, os de liberdade, são “...o produto peculiar do pensamento liberal-burguês do século XVIII de marcado cunho individualista, surgindo e afirmando-se como direito do indivíduo frente ao Estado, mais especificamente como direitos de defesa, demarcando uma zona de não intervenção do Estado e uma esfera de autonomia individual em face de seu poder. Os direitos de defesa asseguram as liberdades. Expressam poderes de agir, reconhecidos e protegidos pela ordem jurídica a todos os seres humanos. São, por este motivo, apresentados como direitos de cunho “negativo”, uma vez que dirigidos a uma abstenção e não a uma conduta positiva por parte dos poderes públicos, sendo, neste sentido, direitos de resistência ou de opressão perante o Estado (SARLET, 2015, p. 46-47).

Esse direito de liberdade conquistado é acompanhado pela criação de uma nova forma de Estado, o qual é chamado de liberal. Ele é caracterizado por “um processo de acolhimento e regulamentação das várias exigências provenientes da burguesia em ascensão, no sentido de conter e limitar o poder tradicional” (BOBBIO, 1992, p. 147-148).

Então, o Estado Liberal, ao final do século XVIII, assegura e protege as liberdades individuais, e é caracterizado por ter uma versão mínima na qual se preocupa, apenas, com a vida política e é cada vez mais indiferente à vida econômica e social. Porém, a partir da metade do século XIX, com as descobertas científicas, o avanço da Revolução Industrial, o aparecimento de gigantescas empresas fabris, a formação de grandes aglomerados urbanos e a alteração acentuada das relações sociais, esse Estado Liberal é forçado a assumir um papel mais ativo na busca de justiça social. Assim, no final do

²²O termo Direito Fundamental, segundo Dirley (2012), é uma categoria que abrange todas as espécies de direitos, sejam eles referentes as liberdade, a igualdade e a solidariedade. Eles são direitos assentes na ordem jurídica. Seu núcleo essencial é a dignidade humana. Tem como características: Historicidade; Universalidade; Inalienabilidade; Imprescritibilidade, Irrenunciabilidade e Limitabilidade. Neste sentido, os direitos Fundamentais é uma categoria fundamental reconhecida em razão da dignidade da pessoa humana e só tem sentido quando positivados na Constituição. Eles são elementos fundamentais da ordem constitucional. Asseguram, também, uma existência digna, livre, igual e fraterna de todas as pessoas.

século XIX, após constantes lutas, ocorre o primeiro grande avanço no campo dos direitos sociais²³, revelando que os direitos de defesa, por si só, não eram suficientes para garantir condições dignas de vida aos cidadãos.

Junto a isso, com o fim da Primeira Guerra Mundial, no início do século XX, começam a se consolidar uma nova forma de Estado: O Estado Social²⁴ com a pretensão de diminuir as desigualdades sociais e econômicas. Ademais, “os direitos sociais surgiram na tentativa de resolver uma profunda crise de desigualdade social que se instalou no mundo no período do pós-guerra” (DIRLEY, 2012, p. 759).

Assim, as normas constitucionais de vários países passaram a implementar programas de ação para os Estados, buscando o bem-estar social (orientando a atividade estatal). Começando pelo México que promulga a Constituição Política dos Estados Unidos Mexicanos, em 5 de fevereiro de 1917 e é considerada a primeira a atribuir aos direitos trabalhistas a qualidade de direitos fundamentais, juntamente com as liberdades individuais e os direitos políticos.

Em 1918, o III Congresso Pan-Russo dos Sovietes de Deputados Operários, Soldados e Camponesas, em Moscou, adotou a Declaração dos Direitos do Povo Trabalhador e Explorado. No entanto, como se sabe, a experiência soviética afastou-se do modelo de Estado de Direito Liberal.

A Constituição Alemã de 1919, comumente chamada de Constituição de Weimar, também exerceu decisiva influência sobre a evolução dos direitos sociais, porque aperfeiçoou a Constituição Mexicana de 1917, criando o Estado da Democracia Social, o qual obrigou o Estado a se dedicar substancialmente à defesa da dignidade humana.

Em 1944, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) promulgou a Declaração da Filadélfia, sob os impactos da Segunda Guerra Mundial ainda em curso. Esse documento passou a disciplinar temas mais amplos de políticas sociais e direitos humanos.

²³Os direitos sociais originaram-se em contraposição ao vigente Estado Liberal, impondo a esse o dever de tratar seus cidadãos em condições de absoluta igualdade, não bastando mais assegurar somente os chamados direitos de liberdade, mas, também, garantir que essa liberdade seria alcançada por intermédio do próprio Estado.

²⁴ “O Estado social, em seu mais súbito grau de legitimidade, será sempre, a nosso ver, aquele que melhor consagra os valores de um sistema democrático. Valores que se prendem na sua expressão participativa a mecanismo tais como a iniciativa, o plebiscito, o referendo e o voto popular” (BONAVIDES, 2008, p. 76)

Em 10 de dezembro de 1948 é promulgada a Declaração Universal dos Direitos Humanos²⁵, que consolida a base dos direitos sociais e passa a ser a fonte de inúmeras outras Constituições. A referida Declaração consagra três valores fundamentais: liberdade, igualdade e fraternidade. Contém 30 artigos, todos reconhecendo os Direitos Fundamentais. Por isso, tornou-se “um autêntico paradigma ético a partir do qual é possível auferir, constatar e até contestar a legitimidade de regimes e governos. Os direitos nela reconhecidos representam hoje um dos mais importantes marcos de nossa civilização” (DIRLEY, 2012, p. 606).

Na Europa, por exemplo, temos a Constituição francesa de 1946, a italiana de 1948 e a Lei Fundamental da República da Alemanha de 1949. Na América Latina temos a Constituição Federativa do Brasil de 1988 e a constituição Política da Colômbia de 1991.

É fato inquestionável que a Declaração Universal dos Direitos do Homem colocou as premissas para transformar também os indivíduos singulares, e não mais apenas o Estado, em sujeitos jurídicos do direito internacional, tendo assim, por conseguinte, iniciado a passagem para uma nova fase do Direito internacional, que torna esse direito não apenas o direito de todas as gentes, mas o direito de todos os indivíduos (BOBBIO, 1992, p. 139).

Na Inglaterra, Marshall (1967) diz que cada direito teve seu desenvolvimento e sua formação relacionados a diferentes séculos: no séc. XVIII: os direitos civis necessários à liberdade individual; no séc. XIX: os direitos políticos referem-se a participação no exercício do poder político; no séc. XX: os direitos sociais que “dizem respeito a tudo que vai desde o direito a um mínimo de bem-estar econômico e segurança ao direito de participar, por completo, na herança social e levar a vida de um ser civilizado de acordo com os padrões que prevalecem na sociedade”(MARSHALL, 1967, p. 63).

No Brasil, segundo Carvalho (2012), no livro “Cidadania no Brasil, o “longo caminho”, a sequência do modelo inglês, foi invertido. Aqui primeiro vieram os direitos sociais, implantados em período de supressão dos direitos políticos e de redução dos direitos civis. Depois vieram os direitos políticos. “Ainda hoje muitos direitos civis, a base da sequência de Marshall, continuam inacessíveis à maioria da população” (CARVALHO, 2012, p. 219).

²⁵ A expressão “Direitos Humanos” é uma referência ao plano das declarações e convenções internacionais. Os Direitos Humanos compreendem, assim, todas as prerrogativas e instituições que conferem a todos, universalmente, o poder de existência digna, livre e igual (DIRLEY, 2012, p. 568).

A ênfase dada aos direitos sociais no transcorrer da história do Brasil não foi linear, tiveram, desse modo, avanços e retrocessos. Sendo assim, “os benefícios sociais não eram tratados como direitos de todos, mas como fruto da negociação de cada categoria com o governo” (CARVALHO, 2012, p. 223).

No Império foi promulgada a primeira Constituição política, em 25 de março de 1824, que no campo do direito social, assegurava a igualdade de todos perante a lei, liberdade de trabalho e instrução primária gratuita. Em 24 de fevereiro de 1891 houve a promulgação da primeira Constituição dos Estados Unidos do Brasil, que já não previa a instrução gratuita, mas adotava a forma republicana de governo.

Com Getúlio Vargas na presidência, em 16 de julho de 1934, foi promulgada a Constituição do Brasil, com seu forte enfoque nos direitos sociais. Ela estabeleceu a obrigatoriedade e a gratuidade do acesso ao ensino primário, inclusive para os adultos, e concebeu um Estado intervencionista.

A quarta Constituição Brasileira, de 1937, foi um retrocesso nos âmbitos político e civil, pois concentrou os poderes Executivo e Legislativo nas mãos do Presidente da República. Os partidos políticos foram extintos e a pena de morte foi reintroduzida. Por outro lado, estabeleceu a competência privativa da União de legislar sobre normas fundamentais da defesa e proteção à saúde, especialmente da saúde da criança.

Em 1946, após a queda de Getúlio, é instituída uma nova e quinta Constituição brasileira, que acompanha o processo de redemocratização do país e reduz as atribuições do Poder Executivo, restabelecendo o equilíbrio entre os poderes e restaurando os direitos individuais.

Durante o período militar, em 1967, é promulgada uma Constituição que, se por um lado, incluiu o salário família para os dependentes dos empregados, por outro, reduziu para 12 anos a idade mínima de permissão do trabalho e restringiu a greve. Porém, foi uma Constituição que acolheu bem os direitos sociais, pois estabeleceu que todo o cidadão tem direito à educação, à saúde, ao trabalho, à moradia, ao lazer, à segurança, à previdência social, à proteção a maternidade, além da assistência aos desamparados.

Mas, é somente com o fim da ditadura e como resultado do processo de redemocratização do país que em 1988, é redigida e aprovada a Constituição considerada a mais liberal e democrática até então e a que ampliou, mais do que os seus antecedentes, os direitos sociais (CARVALHO, 2012). No art. 6º dessa constituição, é reconhecido os seguintes direitos sociais: **à saúde** à educação, à alimentação, ao trabalho, a moradia, ao lazer, a segurança, a previdência social, a assistência aos desamparados. Dessa maneira:

A Constituição de 1988 avançou muito em relação aos direitos sociais: os direitos sociais são verdadeiros direitos fundamentais, como força normativa e vinculante, que investem os seus titulares de prerrogativas de exigir do Estado as prestações positivas indispensáveis à garantia de mínimo existencial (DIRLEY, 2012, p. 762).

É com essa Constituição de 1988, que o Estado brasileiro se eleva e se constitui um Estado Democrático de Direito que é considerado a forma de Estado mais condizente com a garantia, a ampliação, a efetivação e a perpetuação de qualquer direito, inclusive e, principalmente, o direito social²⁶. É uma forma de estado que pretende corrigir falhas presentes no Estado Social, garantir a justiça social, efetivação da participação democrática do povo no processo político, assentado nos pilares da democracia e dos direitos do homem²⁷.

A organização da República Federativa do Brasil em um Estado Social e Democrático de Direitos reúne: a supremacia da constituição, limitando e regulando o Poder Estatal, e assegura os direitos individuais dos cidadãos; garante princípios e direitos sociais oponíveis ao Estado, exigindo-lhe postura positiva e dirigente e busca garantir, efetivamente, a participação popular nas decisões políticas, repudiando qualquer forma de governo autoritário (LA BRADBURY, 2006, p. 11).

2.1.2. O direito à saúde: uma história

Somente a partir da Constituição de 1988²⁸ foi que com o Estado Democrático de Direito que a saúde passou a ser um direito social no Brasil. Dessa forma, foi positivado em um conjunto de deveres do Estado para garantir o pleno desenvolvimento de uma vida saudável do cidadão, além de, também, minimizar ou elidir as enfermidades.

Essa constituição modifica em termos de leis, o panorama da saúde pública brasileira, principalmente no art. 196, que estatui: “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. Ampliando o conceito de saúde para o completo bem-estar físico, mental e social²⁹, superando assim, o conceito de saúde como ausência de doença e considerando como fatores determinantes e condicionantes da saúde: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, entre outros.

²⁶ É uma forma de Estado que aprofunda os Direitos Humanos e surgiu depois do Estado Liberal e do Estado Social (BOBBIO, 1992).

²⁷ Não há democracia sem direitos do homem (BOBBIO, 1992).

²⁸ Antes dessa constituição, à saúde no Brasil não aparecia em nenhum texto constitucional explicitamente.

²⁹ Conceito que a Organização Mundial de Saúde – OMS – usa pela primeira vez no preâmbulo da sua Constituição de 1946.

A Constituição promulgada em 1988, afirma explicitamente o direito de todos à saúde, que deve ser compreendido sempre dentro de parâmetros impostos pela mais atualizada doutrina constitucional. Assim a saúde é reconhecida como direito social de todos os brasileiros e estrangeiros residentes no País... (DALLARI, 1995, p. 33).

No Brasil, até boa parte do século XX, o governo fazia intervenções na saúde pública com dois objetivos: primeiro o uso do aparato policial nas situações emergenciais e segundo o de manter a integridade física do trabalhador. O modelo era “campanhista”, no qual se privilegiava o combate pontual de epidemias, atrelado ao conceito de saúde na ideia de ausência de doença.

A partir de 1930, o Estado criou os Institutos de Aposentadoria e Pensão – IAPS. Em 1964, após o golpe militar, esses IAPS foram reunidos em torno do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS. Essa estrutura de atendimento era disponibilizada apenas aos trabalhadores urbanos de carteira assinada. Nesse sentido, a principal preocupação do governo era garantir que os trabalhadores continuassem com as mínimas condições de trabalho e manter a ausência de doenças.

Durante o período da ditadura militar, entre 1964 e 1985, com o contexto de repressão política e de um aumento da desigualdade social, no âmbito da saúde, ocorreu um processo de privatização da assistência médica (diminuição da atuação estatal), que contava com médicos e empreendedores, especialmente, da área hospitalar. Paralelamente, também existia um movimento de resistência à ditadura pacífico ou através de luta armada que subvertiam o regime militar.

Com o fim da ditadura, a partir do meio da década de 1980, acontece uma busca pela redemocratização do país. A bandeira pela democracia da saúde é levantada por um projeto amplo chamado de movimento da Reforma Sanitária Brasileira³⁰, que propunha a transformação das condições de saúde da população e critica o modelo assistencial da saúde vigente cheio de contradições e injustiças.

Esse movimento tinha como principal reivindicação a construção de uma política de saúde eminentemente democrática e contou com a participação de diferentes setores da sociedade, como: profissionais dos serviços públicos, professores e estudantes das

³⁰ Expressão usada pela primeira vez no país, nos debates prévios à VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, dois anos antes da Constituição de 1988 (COSTA, 2016).

universidades³¹, integrantes do movimento sindical e lideranças dos novos movimentos urbanos. Seu momento de consagração foi a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 (COSTA, 2016)³².

Um ano depois, o movimento da Reforma Sanitária participou ativamente da Assembleia Constituinte de 1988, com proposições concretas em defesa de uma postura médico-social, pressionando para que fossem inseridos no texto constitucional instrumentos necessários para a participação popular no processo de formulação, execução e fiscalização das políticas sanitárias. A partir dessa constituição, o Estado se compromete em adotar medidas com o máximo de seus recursos disponíveis que visem a assegurar, progressivamente, por todos os meios apropriados, o respeito, a proteção e a realização do direito de todas as pessoas de desfrutar do mais alto nível possível de saúde física e mental (OLIVEIRA, 2010).

A constituição Federal não isentou qualquer esfera de poder público da obrigação de proteger, defender e cuidar da saúde. A saúde é expressamente nominada um direito que deve ser reconhecido e respeitado. Ele deve ser promovido por programas de assistência integral, exigindo a aplicação de um percentual, em todas as esferas de governo, dos recursos públicos destinados à saúde.

Ela reconheceu, positivou, orientou e delimitou o conceito de saúde implicada como uma política pública, reforçando, como requisito de legalidade, a obrigação de prestar serviços de atendimento à população que incluam ações para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde. Contempla, além da universalidade do acesso, a equidade, a integralidade e um cuidado à saúde com dignidade (BRITO-SILVA; BEZERRA; TANAKA, 2012).

O direito à saúde é tão fundamental, por estar mais diretamente ligado ao direito à vida, que nem precisava de reconhecimento explícito. Nada obstante, a Constituição brasileira dispôs que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (DIRLEY, 2012, p. 767-768).

Além disso, ela também define as obrigações e disciplina as atividades governamentais em todos os níveis de governo (federal, estadual e municipal) da

³¹Os departamentos de medicina preventiva de algumas universidades, nesse período, começaram a promover discussões a respeito da organização sanitária do país, desenvolvendo uma perspectiva crítica.

³² Cujo o tema foi: “A saúde, direito de todos e dever do Estado”.

federação. A obrigação de realizar o direito à saúde implica para os estados o dever de adotar medidas de natureza legislativa, administrativa, orçamentária e judicial, direcionadas à plena realização dos direitos humanos, criando condições efetivas e materiais para que as pessoas possam fruir de seus direitos.

Os estados, diante dessa perspectiva tão ampla, têm obrigações essenciais, recomendadas e definidas como um padrão mínimo de serviços³³, bens, instalações e condições de saúde. Por isso, o não acesso aos elementos constituintes das obrigações essenciais inviabiliza a vida humana em condições digna de existência (OLIVEIRA, 2010).

Nessa direção, sob influência e total confluência da positivação constitucional, em 19 de setembro de 1990, foi promulgada a Lei 8.080, que regulamenta o Sistema Único de Saúde- SUS. Apesar de não ter personalidade jurídica própria, o SUS representa o núcleo estruturante de todas as ações e serviços de saúde pública. Por meio das suas diretrizes, orienta e conforma todas as políticas sanitárias elaboradas e executadas pelo Estado. Dessa forma, o SUS tem como princípios: a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização e participação popular. Ele engloba medidas preventivas e assistenciais.

Verifica-se que o SUS promove uma modificação profunda na forma de tratamento da saúde pública no Brasil, em termos quantitativo e qualitativos. Em termos quantitativos assegurou a universalização da rede de atendimento, em todos os níveis de complexidade. Por outro lado, em termos qualitativos, o ordenamento jurídico ampliou significativamente o espectro de abrangência dos serviços e ações que deverão ser prestados pelo sistema público (PIVETTA, 2013, p. 122).

E durante toda a década de 1990, a preocupação foi de concretizar e garantir o direito à saúde por meio do SUS, apesar de em 1994, com o Plano Real, o Brasil ter vivido um período de fragilidade, reafirmando o liberalismo em detrimento das políticas públicas de concretização dos direitos sociais. Em 2003, é apresentado um projeto político voltado para as mudanças do papel do Estado, para uma política de longo prazo e para uma pretensão de reduzir as desigualdades. Isso refletiu no âmbito da saúde, por exemplo, em um esforço para consolidar uma política de humanização no SUS, com a formação e a capacitação dos recursos humanos disponíveis, além de uma política de financiamento com prioridade para o setor público em detrimento do filantrópico e do particular.

³³Recomendações Geral nº14 de 2000, elaborado pelo Comitê sobre Direitos Econômicos e Culturais das Nações Unidas, apud Oliveira, 2010.

Em 29 de novembro de 2016, o governo federal aprova a PEC 55/2016, que limita o aumento dos gastos públicos à variação da inflação e cria um teto de investimentos para os orçamentos fiscal e da seguridade social e para todos os órgãos e poderes da República. E mesmo que a Constituição de 1988, seja, ainda, reconhecida e respeitada como uma lei fundamental de todo o ordenamento jurídico, a população brasileira enfrenta desafios atuais e diversos para ter o direito à saúde assegurado pelo Estado na amplitude do seu conteúdo (BRITO-SILVA; BEZERRA; TANAKA, 2012).

Nesse sentido, é importante ressaltar que o direito à saúde, como qualquer direito social, depende do desenvolvimento da forma de Estado, da Sociedade e do Indivíduo, por isso, não basta somente proclamá-lo, é preciso, inevitavelmente, abarcar aspectos individuais e sociais que engendre práticas, sociais e individuais, para se manter, através da luta de forças distintas exercidas em uma rede de poder.

2.1.3. O direito a saúde das pessoas com transtorno mental: uma conquista

Como referido anteriormente, a partir da Constituição brasileira de 1988, a saúde passou a ser buscada, em diferentes segmentos da sociedade, como um direito de todos e dever do Estado. A palavra todos, evidentemente, inclui “os loucos”. Nesse sentido, o direito à saúde das pessoas com transtorno mental não tem nada de específico, ou seja, é como é para todo e qualquer cidadão³⁴. Ele é amplo e contempla o acesso aos serviços de saúde de qualquer natureza, à atenção à saúde, à prevenção, ao tratamento adequado e igualitário, além de educação, trabalho, habitação, condições dignas de vida, entre outros fatores.

Em contrapartida, é complexo pensar em um direito que contemple todos, incluindo os loucos, pois, os ditos loucos, durante muito tempo, foram pessoas desconsiderados como sujeitos e privadas de qualquer direito. Joel Birman (1992), no texto “A cidadania tresloucada: Notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais”, afirma que durante muito tempo “os loucos foram excluídos do estatuto de cidadania plena e do reconhecimento dos seus direitos fundamentais no espaço social” (BIRMAN, 1992, p. 74)³⁵.

³⁴ Não está se referindo ao direito à saúde mental que é um direito, específico e fundamental, do cidadão previsto na constituição Federal para assegurar bem-estar mental, integridade psíquica e pleno desenvolvimento intelectual e emocional (Cartilha Direito à saúde mental. Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do cidadão, 2012)

É recente a perspectiva de que a pessoa com transtorno mental é um sujeito de direitos e possuidor de dignidade. Nesse viés, “o louco é sujeito. A dignidade humana não mais permite a reificação de seres humanos que, nos manicômios, perdem a condição de sujeito para serem tratados como objetos e manejados ao talante da autoridade, seja do médico, da polícia, dos funcionários, do juiz” (TEDESCO E CAETANO, 2017, p. 392).

De forma geral, em todas as partes do mundo e durante muito tempo, as pessoas com transtornos mentais não eram vistas como sujeito, muito menos com direitos. Elas eram desconsideradas, desrespeitadas, maltratadas, segregadas, excluídas e desumanizadas.

Segundo Michel Foucault (1999), no seu livro “História da loucura na Idade Clássica”, desde o século XVII, o louco era enclausurado nas prisões, através de uma estrutura semi-jurídica e com um caráter assistencial (não de tratamento médico). Eles ficavam junto com as prostitutas, os assassinos, os insanos (FOUCAULT, 1999).

No final do século XVIII, no contexto da revolução francesa, o psiquiatra Philippe Pinel (1745-1826) propõe a abertura dessas grades e das correntes dessas prisões para os loucos, separando-os das prostitutas, dos assassinos, etc., para dar-lhes um tratamento “humanizado”, permanecendo enclausurados, agora, em hospitais específicos, os hospícios (FOUCAULT, 1999).

Nesse momento a psiquiatria³⁶ estende o olhar clínico sobre a loucura, passando a considerá-la objeto de estudo, transformando-a em doença mental. Antes disso, a loucura não era doença. Pelo contrário, pois na Idade Média, por exemplo, a loucura era concebida como possessão demoníaca; na Idade Moderna eram chamados de alienados (sem razão) e, somente, na Idade Contemporânea a loucura passou a ser considerada doença.

Assim, em 1801, Pinel publica o primeiro Tratado Médico-Filosófico Sobre a Alienação Mental ou Mania, que é considerado um marco inaugural da psiquiatria clássica ou científica e defende fervorosamente o reconhecimento da humanidade dos alienados e convida os “homens sensíveis” a frequentarem diariamente o hospício para se “enternecerem das cenas que verão” (FOUCAULT, 1999).

Para Foucault (1999), Pinel seguiu com fidelidade a instauração do método de observação, descrição e classificação para definir o lugar da loucura enquanto doença mental. O resultado desse esforço de delimitação aprofundou decididamente a ideia de

³⁶ Última especialidade incorporada à medicina (FOUCAULT, 1999).

que o hospício é o lugar privilegiado, não apenas da construção do saber acerca da loucura, mas sobretudo, do tratamento baseado na disciplina e no isolamento.

A loucura foi considerada doença e os loucos foram enclausurados nos hospícios. Nesses locais, os loucos eram recolhidos, excluídos, controlados e reprimidos³⁷, eram considerados pessoas sem vontade, estímulo ou voz. Eram concebidas como pessoas perigosas e que deveriam viver excluídas da sociedade. “Fora das vistas do público, escondidos dos poderes políticos do Estado, destituídos de controle sobre suas vidas e seus corpos, os “alienados” prestavam-se a todo tipo de ação humana, da atenção ao descaso, da compaixão à tortura” (OLIVEIRA, 2017, p. 13).

E durante quase um século e meio ³⁸, o hospício se consolidou como um espaço próprio e ideal para o tratamento dos loucos, um instrumento básico de intervenção da loucura, com um poder médico no interior de suas práticas como lei eficaz e incontestável, permeado por um discurso em que o louco é representado como perigoso, imprevisível e doente. Nesse sentido, a história das pessoas com transtorno mental foi marcada por uma lógica de exclusão e de negação de sua humanidade.

Assim, os loucos passaram por um longo processo de objetivação, desumanização e de despersonalização. Erving Goffman (1987), em seu trabalho “Manicômios, Prisões e Conventos”, afirma que o manicômio tem características básicas de uma instituição total, sobretudo a presença de rituais de mortificação das individualidades e subjetividades

A partir disso, até a metade do século XX, ocorreu uma certa continuidade na construção da clínica psiquiátrica, inclusive no que diz respeito à redução da loucura à doença e ao lugar central e estabelecido do hospital psiquiátrico com principal recurso terapêutico. Somente com fim da Segunda Guerra Mundial com um cenário socioeconômico devastador, e, principalmente, na Europa, a situação dos “loucos” que estavam nos manicômios espalhados por todo o planeta era desumana e inconcebível que começaram a surgir várias experiências inovadoras e humanizadoras, desenvolvidas e denominadas de Reforma Psiquiátrica em todo o mundo, principalmente na Europa nos Estados Unidos

³⁷A concepção dos sujeitos ditos “loucos”, depois que foram considerados doentes, esteve atrelada à forma de trata-los. Ficou impossível separar o que é o louco e como ele foi ou é tratado e nesse sentido ele foi visto durante muito tempo como despossuídos de humanidade e que precisavam estar excluídos da sociedade.

³⁸ Mais especificamente de 1850 a 1940.

O movimento da Reforma Psiquiátrica foi plural e heterogêneo. Destacando-se dois grupos distintos: um que acreditava que bastava redimensionar, humanizar e reformular os hospícios com destaque para os movimentos das comunidades terapêuticas na Inglaterra e nos Estados Unidos e a psicoterapia institucional na França. Ademais, outro grupo, que teve origem na Inglaterra na década de 1950, com os precursores Ronald Laing e David Cooper, que defendia o radical rompimento com as estruturas asilares, colocando em questão as práticas, os saberes, as funções sociais e culturais da medicina e da psiquiatria enquanto instituições (AMARANTE, 1998).

A Psiquiatria Democrática Italiana, representada por Franco Basaglia, defendia, também, a ideia de extinção dos manicômios, ao propor a invenção de novas relações entre pacientes, técnicos e sociedade, buscando os chamados ‘processos de validação social dos sujeitos’, os quais visavam a construção não apenas de novas práticas e saberes, mas, em última instância, de uma nova cultura. Tinha um alinhamento crítico e não apenas técnico-assistencial, com denúncias das práticas simbólicas e concretas de violência institucional, entendendo a desinstitucionalização enquanto desconstrução, desmontagem de saberes-práticas-discursos comprometidos com a objetivação e retificação do homem e da sua pluralidade viva, incluída aí a loucura.

A Psiquiatria Democrática de Basaglia desenvolveu a ideia de que a psiquiatria colocava o homem entre parênteses, para intervir/assistir ao objeto paciente, negando dessa maneira a possibilidade de interagir com a existência-sofrimento daquelas pessoas. Mesmo com as melhorias, a humanização e gestões comunitárias e democráticas dos manicômios, ainda faltava a fundamental tarefa de colocar em discussão e desconstrução as relações de tutela e custódia, além do fundamento da periculosidade social, instituídos pelo saber psiquiátrico sobre a loucura, reduzida à doença mental.

No Brasil, o Movimento da Reforma Psiquiátrica junto com o Movimento da Reforma Sanitária e do enfrentamento da ditadura, a partir do final da década de 1970, teve evidente influência da experiência italiana³⁹, uma vez que, reconhecia o projeto da desinstitucionalização relacionado às práticas, aos saberes e às relações sociais (AMARANTE, 1998).

A Reforma Psiquiátrica trouxe para o panorama brasileiro uma nova forma de cidadania da pessoa com transtorno mental, pensando o respeito ao ser humano

³⁹Em julho de 1979, Basaglia vem a Minas Gerais por duas vezes e após visitar alguns hospitais chamou os manicômios brasileiros de “casa de torturas”, de “cadeia pública”, de “campo de concentração” e os médicos e enfermeiros de “carrascos”, seus diretores de “carcereiros”.

e às suas diferenças, retirando do foco a atenção hospitalar psiquiátrica institucional, valorizando os serviços no território. Esse processo se preocupa não apenas com as mudanças físicas e estruturais dos espaços, mas primordialmente com as transformações de conduta e cuidado (LIRA, 2017, p. 331).

Na verdade, no Brasil, a loucura passou a ser objeto de intervenção estatal somente no início do século XX, apesar do primeiro hospital psiquiátrico do Brasil, o hospício D. Pedro II, ter sido inaugurado no ano de 1852, no Rio de Janeiro⁴⁰. Nesse sentido, entre 1910 e 1920, a Saúde Mental era influenciada pelo discurso preventivista⁴¹. Na década de 1960, o Estado cria o Instituto Nacional de Previdência Social -INPS - e passa a comprar serviços psiquiátricos no setor privado, passando a destinar 97% do total de recursos da saúde mental para as internações na rede hospitalar (AMARANTE, 1998).

Em 1978, no contexto de resistência à ditadura militar, foi criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Metal – MTSM – que denunciava a falta de recursos nas unidades e a precariedade das condições do trabalho⁴². Nesse ano, também, foi realizado o V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, que criticou as privatizações da saúde pública e a falta de participação democrática na elaboração das políticas públicas de saúde (AMARANTE, 1998).

Então, a partir do ano seguinte, 1979, esse Movimento - MTSM– torna-se um amplo movimento da luta antimanicomial, denunciando a violência nos manicômios, com uma severa crítica à mercantilização da loucura, ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico.

Mas é somente com o fim da ditadura, na década 1980, no contexto do processo de redemocratização do país, do Movimento da Reforma Sanitária, do restabelecimento de um real estado de direito que esse Movimento da Reforma Psiquiátrica, se consolida, definitivamente, como um importante força política e social. Já em 1987, acontece a I Conferência Nacional de Saúde Mental realizada no Rio de Janeiro. No mesmo ano, é realizado o II Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, que instituiu o lema “Por Uma Sociedade Sem Manicômios”, tendo como foco de ação não apenas as instituições psiquiátricas, mas o ‘ato de saúde’, no cotidiano, na cultura, nas mentalidades.

⁴⁰ Este hospital tinha capacidade para 350 leitos e em um ano de funcionamento já estava com sua capacidade completa (RESENDE, 2000)

⁴¹Retirado dos textos de apoio em saúde mental da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fiocruz do Rio de Janeiro, em 2003.

⁴² Em 1973, é aprovado, o Manual de Serviços para Assistência Psiquiátrica da Previdência Social que enfatizava a importância da assistência extrahospitalar (AMARANTE, 1998).

E nesse mesmo ano, também, foi inaugurado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) “Professor Luiz da Rocha Cerqueira”, na cidade de São Paulo.

Posteriormente, em 1988, é promulgada a Constituição Federal que garante a saúde como um direito de todos e dever do Estado, no qual todos são iguais perante a lei, norteado por um Estado Democrático de Direito que pressupõe a acessibilidade universal aos bens materiais, à cultura, à educação, à saúde.

Em 1989, acontece a marcante experiência de desconstrução do manicômio na cidade de Santos - SP, com a estruturação de toda uma rede de dispositivos substitutivos, com cooperativas, associações, serviços residenciais e os Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS, serviços que funcionavam 24 horas, sete dias na semana.

A partir de década de 1990⁴³, as experiências de reforma psiquiátrica vão se multiplicando pelo Brasil, acontecendo de maneira mais decidida em Campinas e Belo Horizonte, que demonstram a montagem de redes em grandes centros urbanos. A própria política oficial, ministerial, passa a reconhecer progressivamente os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, enquanto dispositivo chave e estratégico a ser incentivado, inclusive financeiramente.

Em 1991, temos a portaria nº 189, que estabelece a normalização e o financiamento governamental de novos serviços em saúde mental. Um ano depois, em 1992, temos a portaria 224, que apresenta as normas para o atendimento ambulatorial em saúde mental, e estabelece a presença de unidades/leitos psiquiátricos em hospitais gerais e do serviço de urgência psiquiátrica em hospitais gerais (BRASIL, 2004).

Em abril de 2001, é aprovada a Lei nº 10.216⁴⁴, que redireciona os cuidados em saúde mental, ao ressaltar a importância dos serviços comunitários, dispendo sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e regulamentando, também, as internações psiquiátricas. O Estado passa a ser responsável pela implementação de políticas, pela assistência e pela promoção da Saúde Mental, bem como a participação da sociedade e da família.

⁴³Em 1990, acontece, também, a Declaração de Caracas que reorienta o modelo de atenção na saúde mental nos países da América Latina e Caribe.

⁴⁴Essa lei é fruto de um projeto de lei nº 3.657/89, apresentado pelo deputado Paulo Delgado em 1989 e que permaneceu em discussão na câmara e senado por doze anos. O projeto inicial apresentava evidente inspiração na lei 180, aprovada pelo parlamento italiano em 1978, conhecida como “lei Basaglia”. Esse projeto de lei que discutia a regulamentação do direito das pessoas com transtorno mental e a extinção progressiva dos manicômios, marcando o início dos registros da Reforma no campo da legislação (BRASIL, 2002). A aprovação dessa Lei foi no mesmo ano da III Conferência Nacional de Saúde Mental.

Com aprovação da lei 10.216 de 2001, e a construção do aparato normativo que a acompanhou, verificou-se um acelerado processo de desospitalização de pacientes internados em grandes hospitais psiquiátricos, bem como a expansão das unidades de saúde não hospitalares. A partir de 2006, a maior parte do montante de gastos com saúde mental passou a destinar-se a serviços não hospitalares e a estratégias de reinserção social como: os Serviços Residenciais Terapêuticos (STR), o programa de Volta para Casa, oficinas de trabalho e Centro de convivências (BRASIL, 2007).

Com certeza a aprovação da Lei nº 10.216, conhecida também como Lei da Reforma Psiquiátrica – LRP – é um marco na busca do respeito às pessoas com transtornos mentais em consonância com a Constituição de 1988. Sendo assim, é uma das conquistas mais importantes do processo do movimento da Reforma Psiquiátrica porque preconiza, dentre outros pontos importantes, a “proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais”.

Em 2004, a Coordenação Nacional de Saúde Mental promove o 1º Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS⁴⁵. Haviam 516 CAPS naquela época e em 2007 já eram mais de mil. Em 2011 implementa-se, através da Portaria nº 3.088 do Ministério da Saúde, a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS compostas: pelos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS; pelos leitos psiquiátricos em hospitais gerais; pelos Serviços Residenciais Terapêuticos - STR⁴⁶; por atendimentos nas Estratégias de Saúde da Família e pelos centros de convivências e cultural (BRASIL, 2002).

Além da implantação do Programa de Volta para Casa - PVC⁴⁷; da realização do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiátrica – PNASH/Psiquiátrica e o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS – PRH. Estabelecendo e consolidando, assim, um modelo de tratamento aberto, público e com equipes multidisciplinares e serviços de diferentes áreas de intervenção.

Em 31 de janeiro de 2012, através da portaria nº 148, o Ministério da Saúde estabelece e define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, como Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial.

⁴⁵A portaria nº336/2002 instaura e normaliza o modelo de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

⁴⁶ Proposta de uma moradia para pacientes de longas internações psiquiátricas.

⁴⁷ É uma bolsa auxílio para pacientes egressos de internações psiquiátrica num período superior a dois anos e que pode ser renovado após o período de um ano.

Verificou-se que a implantação da Reforma Psiquiátrica no Brasil assumiu um importante papel no tratamento e na reinserção social das pessoas acometidas por transtornos mentais, sendo-lhe assegurados diversos direitos tais como: melhor tratamento do sistema de saúde conforme suas necessidades; tratamento humanitário e respeitoso no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, proporcionando sua inserção na família, no trabalho e na comunidade; proteção contra qualquer forma de abuso e exploração: ser tratada em ambiente terapêutico pelo meios menos invasivos possíveis; ser tratadas, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (MONTEIRO, 2015, p. 197-198).

O movimento da Reforma Psiquiátrica, a Lei 10.216 e as demais portarias favorecem e promovem a extinção dos manicômios, a consolidação da Rede de Atenção Psicossocial, a garantia dos direitos pelas pessoas com transtorno mental e o exercício da cidadania das pessoas com transtorno mental. Por isso, é necessário que, além da promulgação de leis e portarias, transformações possam garantir o direito à saúde das pessoas com transtorno mental e o exercício irrestrito e amplo de sua cidadania.

Nesse sentido, o exercício da cidadania pelas pessoas com transtorno mental inclui, também, concepções alternativas do que é cidadania, desafiando as dimensões excludentes e normativas do conceito (MAIA; PERREIRA, 2014).

A cidadania não deve ser vista apenas como um status que se conquista ou a passagem por determinadas experiências, mas como um processo de legitimação de formas de ser e fazer que desde sempre cada indivíduo exercita ao longo de sua trajetória de vida; em um movimento de autorreflexão permanente (MAIA; PERREIRA, 2014, p. 623).

No entanto, com a infeliz realidade brasileira de extrema desigualdade socioeconômica, com os recentes retrocessos nas políticas públicas, com a restrição de direitos, com a Constituição ameaçada e com o Estado Democrático de Direito fragilizado, há uma maior possibilidade de retorno da lógica excludente, de segregação e retrocesso na efetivação do direito à saúde das pessoas com transtorno mental e, conseqüentemente, no exercício da sua cidadania.

Porém, a negação do exercício da cidadania por indivíduos com transtorno mental é um fator intrínseco de alto potencial no sofrimento psíquico. Assim, o exercício da cidadania é um direito iniludível em qualquer e toda circunstância, ou seja, o poder localizado em torno de quem possui, conhece e reconhece o seu direito é necessário e precisa ser garantido pelo Estado, pela Sociedade e pelo Indivíduo.

2.2. O hospital Geral

2.2.1. O hospital geral: um contexto

O hospital geral é uma porta de acesso às estruturas de assistência à saúde, mediada por ações curativas, centradas na especialização, tecnificação dos meios diagnósticos e terapia com fármacos. É um centro de atenção à saúde e um local privilegiado de sua execução, com uma estrutura rígida, uma rotina engessada e com mais de dois séculos de existência⁴⁸. Nesse sentido, Foucault afirma que “O hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, que data do final do século 18” (1998, p. 99).

Na Idade Média, século V a XV, os hospitais europeus eram instituições inicialmente de caridade, com objetivo essencialmente espiritual, sendo que gratuitamente abrigava, alimentava e dava assistência aos pobres, miseráveis, mendigos, desabrigados e doentes. Esse aspecto religioso também tinha a função de separar e excluir do convívio social aqueles que ameaçavam a coletividade.

Assim, nesse período os hospitais eram responsabilidade de ordens religiosas que administravam e financiavam os estabelecimentos e assistiam aos enfermos. A prática era de assistência social, ou seja, em sua maioria não tinham a função de curar. “O personagem ideal do hospital, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. É alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento” (FOUCAULT, 1998, p. 101).

Contudo, com o aparecimento dos adensamentos urbanos e um intenso movimento portuário, a partir da Idade Moderna, século XVI a XVIII, os governos precisaram adotar medidas sanitárias abrangentes e deter as doenças endêmicas e epidêmicas. Nesse contexto, os hospitais do Ocidente foram perdendo, gradativamente, o papel exclusivo de caridade para ganhar a função de tratamento.

Porém, é apenas na Idade Contemporânea, a partir do final do século XVIII, como resultado de mudanças políticas, econômicas, sociais e sanitárias da época, que a ação caritativa nos hospitais foi substituída pela prática médica e terapêutica, com a incorporação do cientificismo da medicina, transformando, definitivamente, o hospital

⁴⁸ Não se pretenderia identificar uma origem única do hospital na história da civilização, em momento algum.

em uma instituição médica com a finalidade de intervir sobre a doença e o doente: “Aí, sob o olhar do médico de hospital, as doenças serão agrupadas por ordens, gêneros e espécie, em um domínio racionalizado que restitui a distribuição originária das essências” (FOUCAULT, 2006, p. 45).

É nesse âmbito que acontece a convergência entre a prática clínica e a cirurgia⁴⁹, passando a incorporar tecnologias, a princípio artesanais e, depois, industrialmente produzidas. O médico consolida-se como uma figura central que examina, interna, prescreve e dá alta. Dessa maneira, redireciona-se o ato terapêutico, transferindo o foco da doença ou do doente para o ambiente que cercava os indivíduos enfermos, de modo que surge um campo de práticas e um instrumento de formação e aperfeiçoamento da medicina. Nessa perspectiva, Foucault afirma que “A doença encontra seu elevado lugar e como que a residência forçada de sua verdade” (FOUCAULT, 2006, p. 45).

Posteriormente, no século XIX, com o desenvolvimento científico e tecnológico, consagra-se o hospital como espaço de excelência hegemônica na prática médica e local, privilegiado para investigação, exame, tratamento e experimentação de novas técnicas, de forma que hospital e medicina se sobrepõem indissociavelmente. No século XX, depois da Segunda Guerra Mundial, com a produção industrial dos quimioterápicos e de equipamentos, o hospital contemporâneo se define.

Nesta etapa de evolução, o hospital tem uma contabilidade precisa e automatizada: o número de internações, de altas, de dias de permanência e de taxas de morbidade e mortalidade, sendo que é possível planejar investimentos e medir custos. Diferentemente do consultório, as tecnologias são administráveis e empresariais, garantindo sua eficiência e resolutividade. Assim, o hospital passou a se constituir enquanto uma atividade econômica organizada racionalmente a partir da lógica da lucratividade.

É importante ressaltar que, mesmo com todo o avanço e a hegemonia do saber médico, o hospital, até o primeiro quarto do século XX, foi o lugar em que os clientes eram os pobres, se constituindo como um local em que tinha-se como objetivo aprender nos pobres como curar os ricos. Dessa forma, os ricos doentes continuaram a ser cuidados em suas casas, onde o risco de contaminação e a possibilidade de morrer eram menores do que no hospital⁵⁰. As camadas privilegiadas passaram a usar o hospital somente após

⁴⁹ Com as guerras, causada pela expansão dos Estados absolutistas, passa-se a ser mais frequente a necessidade de cirurgias que até então eram feitas fora dos hospitais.

⁵⁰ Os ricos passaram a usar o hospital à medida que houve uma redução drástica da mortalidade com a adoção da antissepsia.

a queda da mortalidade por infecção e à medida que alojamentos diferenciados passaram a ser instalados, além do direito ao acompanhamento da família, dos amigos e ao médico particular.

No século XXI, os hospitais, tanto o público como o privado, aprofundam seu caráter empresarial sob a lógica da atividade econômica em que o capital se multiplica direta ou indiretamente. Há a reprodução do capital, vendendo, por exemplo, o trabalho e as tecnologias médicas⁵¹. Assim, o trabalho desse hospital é baseado em tecnologias de equipamentos cada vez mais sofisticados, de modo que, além disso, os saberes são divididos, específicos, com rendimentos, privilégios, prestígios e poderes diferenciados.

Nesse sentido, esse hospital, invariavelmente, também reproduz os modos de produção capitalista. Ele tem uma lógica de reproduzir o capital e, também, as estruturas sociais, sendo que é desenvolvido no modo capitalista de produção, mesmo quando sua finalidade não é lucrativa. Nessa perspectiva, o hospital não é apenas local de cura, máquina de curar, mas também instrumento de produção, acúmulo e transmissão do saber que assegura o exercício do poder, concepção desvelada a partir dos estudos de Foucault (1998)⁵².

A assistência hospitalar se universaliza e simultaneamente torna-se mais cara⁵³. Não é apenas uma instituição que evolui⁵⁴, mas se aprimora e se consolida como o lugar de uma prática positivista, orgânica e normalizadora. Portanto, o hospital é o cenário privilegiado da tecnologia médica (PITTA, 2003).

Se o doente medieval possuído de um mal precisava ser exorcizado pela magia, o doente contemporâneo padece de uma coisa organicamente definida (que precisa ser extirpada ou refeita). Para isso serve o arsenal terapêutico e, dentro dele, sua arma principal, o medicamento (RIBEIRO, 1993, p. 49).

Nesse aspecto, o hospital é, também, uma instituição capaz de adiar, ocultar e tornar indolor a morte⁵⁵. Em muitos casos,

⁵¹ Por exemplo, a produção de penicilina em 1941 é um salto tecnológico importante.

⁵² Para Foucault (1998) o poder só existe nas práticas ou relações de poder. Ele é algo que se exerce, que se efetua, que funciona.

⁵³ No Brasil, em média 80% da população precisa do serviço público de saúde.

⁵⁴ Historicamente, o hospital passa de abrigo e lugar de reclusão para uma instituição educativa e posteriormente para um lugar de cura e morte. Curar e tratar.

⁵⁵ Segundo Ribeiro (1993), a transferência da morte para o hospital com exclusividade ocorre a partir de 1930, aproximadamente.

não se trata de recuperar o doente, mas de interditar a morte, de adiá-la, medicalizando-a. O que era uma cerimônia tornou-se um processo tecnológico com a intervenção médica. Afinal só se pode morrer no hospital e sob cuidados de estranhos (RIBEIRO, 1993, p. 28).

Dessa maneira, o hospital recupera, quando possível, o doente à sua situação anterior e reforça o mito da continuidade da produção. Paralelo a isso, a medicina consolida-se como uma prática eficaz e capaz de aliviar, anular, amenizar a dor, o sofrimento e a morte, segundo Pitta (2003). O doente do hospital é internado para ser tratado ou tecnicamente cuidado para cura ou morte. Ele padece de um mal que torna inevitável sua internação. Uma vez internado, ele é um doente que precisa de uma intervenção médica, tão sistematizada quanto sua doença, o internado não tem escolha, é submisso totalmente.

Ele, naquele momento, deixa de ser sujeito e passa a ser um objeto da prática médico-hospitalar e perde tudo: sua vontade, seus desejos, sua intimidade, seu trabalho e suas relações. O caráter de confinamento do doente, o autoritarismo da instituição hospitalar, o intervencionismo e a onipotência do médico, o uso abusivo, inoportuno ou inadequado dos recursos tecnológicos hospitalares, além do aumento da população idosa e não necessariamente doente para um trabalho possível em domicílio são questões que permanecem e se perpetuam no hospital contemporâneo.

Segundo Foucault (2006), as críticas ao hospital são feitas desde o século XVIII e eram baseadas, principalmente, na tese segundo a qual a doença não deveria ter um lugar privilegiado, porque isso a desnaturalizaria. Portanto, seria melhor tratá-la em domicílio, exercitando-se sobre o doente uma medicina essencialmente expectante. “O hospital, como a civilização, é um lugar artificial, em que a doença, transplantada, corre o risco de perder seu aspecto essencial” (FOUCAULT, 2006, p. 17).

No Brasil, o crescimento do setor público hospitalar é tardio, lento e insuficiente. Até 1960, a assistência hospitalar era coberta pelos antigos Institutos de Pensões e Aposentadorias (IAPs) mediante serviços próprios ou contratados, distribuídos quase exclusivamente nos grandes centros urbanos e capitais, onde se concentrava a maioria dos contribuintes⁵⁶. A população não coberta pelo sistema previdenciário utilizava os hospitais públicos, beneficentes, lucrativos e filantrópicos⁵⁷.

⁵⁶ Um terço desses hospitais estava situado no Rio de Janeiro.

⁵⁷ Essas instituições sem finalidades lucrativas – filantrópicas – chamadas em sua maioria de Santas Casas surgiram no século XX e supriram por um bom tempo as lacunas deixadas pelo Estado brasileiro.

Posteriormente, na década de 70, o Estado brasileiro, com o governo militar, passa por um processo acentuado de privatização da assistência hospitalar, o que resultou na transferência maciça de recursos públicos para o setor privado. Assim, as empresas médico-hospitalares de caráter lucrativo tiveram uma rápida ascensão.

No final de 1988, com a promulgação da Constituição, é possível pensar na saúde como um bem público, como uma necessidade social concreta e responsabilidade do Estado. Concomitantemente, a assistência hospitalar pública é toda como um bem social, de responsabilidade direta e indireta do Estado brasileiro.

2.2.2. Os hospitais gerais e as pessoas com transtorno mental: uma possibilidade

Após os preceitos, lutas e conquistas da Reforma Psiquiátrica em todo o mundo, os hospitais gerais passaram a ser uma das alternativas de tratamento para as pessoas com transtorno mental que, durante muito tempo, quase um século e meio foram internadas em hospitais específicos: os manicômios. No Brasil, apesar da primeira unidade psiquiátrica em hospitais gerais ter sido aberta em 1954, no Hospital das Clínicas da Universidade Federal da Bahia, coordenada pelo professor Nelson Pires, os leitos psiquiátricos em hospitais gerais começaram a ser implantados de forma mais significativa a partir da década de 1990⁵⁸, como resultado do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, com duas portarias principais e específicas.

A Portaria nº 224/1992⁵⁹ que estabelece os leitos psiquiátricos em hospitais gerais devem ser destinados aos casos em que todas as possibilidades de atendimento em serviços extra hospitalares e de urgência tenham sido esgotadas (BRASIL, 2004). Além disso, há a Portaria nº 148/2012⁶⁰ que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas

⁵⁸ Botega (1997a), refere que 1/3 das unidades psiquiátricas existentes nos hospitais gerais foram criadas a partir de 1990 (HILDEBRANDT; ALENCASTRE, 2001).

⁵⁹ Os hospitais gerais devem ter 10% dos seus leitos para pessoas com transtornos mentais as quais devem receber tratamento interdisciplinar.

⁶⁰Essa portaria ministerial 148 de 31 de janeiro de 2012 traz o desafio de criar modelos de assistência que substituam os manicômios, extinguindo-os completamente.

– SHR⁶¹ – como um componente hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial- RAPS⁶², e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.

Nesse sentido, os leitos psiquiátricos em hospitais gerais passam a ser uma alternativa viável e digna ao manicômio, respaldada pela Lei nº 10.216/2001 e por portarias, apresentando vários benefícios: promove a recuperação e reintegração mais rápida do indivíduo em sofrimento psíquico à sociedade, uma vez que o paciente não perde o vínculo com a realidade e, na alta hospitalar, sai sem o rótulo, sem o estigma de internação em hospital psiquiátrico. Sendo assim, há o favorecimento do acompanhamento por parte da família no processo de tratamento do doente mental, preservando esses vínculos (HILDEBRANDT; ALANCASTRE, 2001).

Além de contribuírem para o estabelecimento de uma relação tolerante com o paciente mental, há a desmistificação do mito da periculosidade do louco num espaço de tratamentos, preferencialmente, ocupado pelos demais sujeitos acometidos por patologias clínicas e, também, adentrando um espaço hospitalar até então reservado a outras especialidades médicas. Dessa maneira, “A internação em unidades psiquiátricas de hospitais gerais (UPHG) tem sido recomendada como a melhor alternativa aos hospitais psiquiátricos (DALGALORRONGO; BOTEGA; BANZATO, 2003, p. 629).

Entretanto, Delgado (1997) adverte que as unidades psiquiátricas em hospital geral não serão a salvação da reforma psiquiátrica, pois sua implantação é, sempre, um processo complexo que tem: o desafio de conciliar a lógica da loucura - aleatória e instável - com a lógica de funcionamento do hospital - normativo e protocolar, além do obstáculo da equipe multidisciplinar sobrecarregados com a organização do serviço no hospital, somado muitas vezes a uma sobrecarga de trabalho e com a restrição de recursos disponíveis nas enfermarias⁶³. Há, com isso, a desvantagem da estrutura física dos hospitais que não contam com área de lazer e atividades socioterápicas, necessárias ao tratamento do doente mental (CARSSOLA, 1996).

⁶¹Os SHRs fazem parte de um processo que visa minimizar os efeitos negativos dos relacionamentos dinâmicos entre fatores biológicos, psicológicos, funcionais e ambientais e maximizar as habilidades e potenciais latentes da pessoa.

⁶²A consolidação de uma rede de serviços de saúde mental, principalmente na comunidade e dentro do SUS, avança na medida em que se fortalecem novos serviços comprometidos com a reforma psiquiátrica e assegura-se a definição da política de saúde mental tanto no nível federal, estadual e municipal de gestão.

⁶³As pessoas com transtorno mental, na grande maioria das vezes, não são bem-vindas nesse contexto hospitalar porque “atrapalham” a rotina e têm uma tendência a exigir da equipe: paciência, tolerância, disponibilidade de tempo (HILDEBRANDT; ALANCASTRE, 2001).

Assim sendo, mesmo que a equipe multidisciplinar acredite na proposta dos leitos psiquiátricos, muitos não se sentem preparados para lidar com a loucura⁶⁴. Comparado aos pacientes clínicos com problemas orgânicos (palpáveis), os pacientes com transtorno mental representam algo desconhecido que foge do seu controle, colocando-os no lugar de impotência e gerando frustração. Hildebrandt e Alencastre afirmam que “Os princípios da incurabilidade, imprevisibilidade, agressividade do doente mental permeiam o cotidiano das equipes, provocando resistências na atenção a esse indivíduo” (2001, p. 174).

Parece-nos óbvio que existe uma certa resistência em tolerar a figura do louco, porém o que frequentemente é justificado é a falta de estrutura física para acolher esses indivíduos. O hospital psiquiátrico, com unidades fechadas e janelas com grades, no entendimento de muitos trabalhadores e familiares, parece constituir o local apropriado para receber esses pacientes (HILDEBRANDT; ALENCASTRE, 2001, p. 174).

Mesmo assim, a grande maioria da literatura nacional e internacional⁶⁵ afirma que os leitos psiquiátricos em hospitais gerais têm um papel fundamental no tratamento de pacientes com transtorno mental, em qualquer circunstância⁶⁶, pois oferecem um acolhimento integral e garantem a acessibilidade a um tratamento adequado e digno, além da efetivação do direito à saúde dessas pessoas. Portanto, apesar da implantação dos leitos psiquiátricos ser um processo complexo e trabalhoso porque envolve as transformações da conduta, da vivência e dos saberes dos usuários, familiares, da equipe, da gestão e toda comunidade, a existência de leitos psiquiátricos em hospitais gerais é uma forma inegável de garantir e efetivar o direito à saúde das pessoas com transtorno mental.

3. A PESQUISA: UMA ABORDAGEM QUALITATIVA COM MÉTODO AUTOETNOGRÁFICO E DESCRITIVO-EXPLORATÓRIO

Esta pesquisa teve uma abordagem qualitativa com o método autoetnográfico e descritivo-exploratório. Segundo Caprara e Ladim (2008), a pesquisa qualitativa procura

⁶⁴ Encontra-se, também, alguns profissionais com o paradigma da psiquiátrica tradicional, com uma ênfase no discurso do isolamento (HILDEBRANDT; ALENCASTRE, 2001).

⁶⁵ Apesar de não ter nenhum levantamento sobre esse assunto que mostrasse a experiência de internação em hospital geral, sob o olhar das pessoas portadora de doença mental (HILDEBRANDT; ALENCASTRE, 2001).

⁶⁶ Cidades com menos de 30 mil habitantes quando tem CAPS, eles só funcionam de segunda a sexta no horário comercial.

entender os significados das experiências das pessoas e/ou dos grupos e são sempre flexíveis e dinâmicas, justamente ao que o estudo se propôs.

A pesquisas qualitativas ocorrem num ambiente não construído artificialmente pelo pesquisador, envolvendo a observação de situações reais e cotidianas, trabalha a construção não estruturada dos dados (sem hipóteses feitas previamente) e busca significados da ação social segundo a ótica dos sujeitos pesquisados (DESLANDES; ASSIS, 2002, p. 199).

As pesquisas qualitativas trazem pressupostos de um método que é desenvolvido em uma situação natural; enfatiza mais o processo do que o produto e se preocupa em retratar a perspectiva dos sujeitos; tem um plano aberto e flexível, focaliza a realidade de forma complexa e contextualizada, além de ser rica em dados descritivos, pois o pesquisador está em contato direto com a situação estudada (RIBEIRO, 2008). Elas, também, tomam como objeto as configurações singulares dos pesquisados em um determinado momento de suas histórias e, também, consideram o contexto e o ponto de vista do pesquisador (a singularidade do seu caminho), ou seja, elas se preocupam com os aspectos da realidade que não podem ser quantificados.

Desse modo, “a metodologia qualitativa conjuga a especificidade biográfica dos sujeitos em um contexto sociocultural com a busca de interpretações dos seus discursos e práticas a partir de suas certezas, ambiguidades e contradições” (DESLANDES; ASSIS, 2002, p. 213). Trata-se, portanto, de um tipo de pesquisa que, devido à natureza do seu objeto e às suas premissas, não poderá ser repetida em sua integralidade, impossibilitando a réplica dos resultados.

Essas pesquisas até poderão inspirar os caminhos metodológicos de outro pesquisador, no entanto, os resultados nunca serão idênticos, justamente porque estarão assentados em singularidades (DESLANDES; ASSIS, 2002). A autoetnografia, portanto, é um gênero que tem como objetivo requalificar a relação entre o objeto e o observador, ressaltando a importância desta interação e da experiência pessoal do pesquisador como forma de construção do conhecimento (MOTTA; BARROS, 2015, p. 1339).

Nesse sentido, é um método que permite ao pesquisador analisar os aspectos culturais e sociais ao seu redor, para em seguida realizar uma análise interna de si mesmo, tornando-se assim vulnerável à resistência cultural e às interpretações. Sendo assim, os próprios sentimentos e experiências do pesquisador são incorporados à história e

considerados dados para a compreensão do mundo social que está sendo observado (SANTOS, 2017).

Durante a coleta de dados empíricos foi utilizado, também, o método descritivo-exploratório, uma vez que as pesquisas descritivas têm o objetivo principal de descrever características de determinada população ou fenômeno. Nessa direção, as pesquisas exploratórias têm o objetivo de proporcionar uma visão geral de determinado fato, com a formulação de problemas mais precisos. É nessa formulação que são desenvolvidas quando o tema escolhido é pouco explorado (GIL, 2008). “As pesquisas descritivas são, juntamente com as exploratórias, as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática” (GIL, 2008, p. 28).

Dessa maneira, a partir desses métodos, foi feito no hospital um levantamento dos pacientes internados no ano de 2017, diagnosticados com transtorno mental, no livro de registro de altas e óbitos do Sistema de Arquivo Médico e Estatística - SAME⁶⁷. Logo após, foi solicitado, também, ao SAME, os prontuários desses pacientes, para a obtenção dos seus endereços e de outras informações como idade, diagnóstico, medicação, etc.⁶⁸. Posteriormente, a pesquisadora foi nas residências dessas pessoas para fazer as entrevistas informais que foram gravadas e depois transcritas.

A entrevista foi utilizada porque se efetiva como uma técnica mais pertinente quando o pesquisador quer obter informações a respeito do seu objeto, além de possibilitar o levantamento dos dados empíricos. Ela permite “conhecer sobre atitudes, sentimentos e valores subjacentes ao comportamento, o que significa que se pode ir além das descrições das ações, incorporando novas fontes para a interpretação dos resultados pelos próprios entrevistados” (RIBEIRO, 2008, p. 141).

A entrevista informal é a menos estruturada possível e se distingue da simples conversação porque tem como objetivo básico a coleta de dados. Nesse contexto, Gil afirma que “É recomendada em estudos exploratórios, que visam a abordar realidades pouco conhecidas pelo pesquisador, ou então oferecer visão aproximativa do problema perguntado” (GIL, 2008, p. 111).

Por se tratar-se de uma pesquisa que envolve seres humanos, os sujeitos pesquisados assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE – de acordo com os aspectos éticos instituídos na Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de

⁶⁷ Setor que guarda e preserva os prontuários multidisciplinar (dados pessoais, evolução clínica, exames, radiografias), elabora relatórios e boletim estatísticos referente ao movimento do hospital.

⁶⁸ Anexo I.

Saúde⁶⁹. O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo parecer nº 2.023.382 do Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Católica de Salvador.

A entrevista informal⁷⁰, feita nos locais de moradia dos pacientes⁷¹, depois das devidas apresentações e da assinatura do termo, com a seguinte questão norteadora: Como foi para você o tempo de internamento no Hospital Regional? Os entrevistados discorreram livremente sobre a questão. No processo da entrevista, quando necessário, outras perguntas foram realizadas para clarear o entendimento. Essa maneira possibilitou uma maior interação com os entrevistados e permitiu uma visão aberta sobre o fenômeno estudado.

O fato de as entrevistas terem sido feitas fora do hospital foi de fundamental importância tanto para os entrevistados se sentirem à vontade quanto para a pesquisadora, porque permitiu uma melhor interação com os sujeitos entrevistados (pacientes e/ou parentes), possibilitando observar e resgatar uma realidade. Foi possível, dessa forma, abordagens pessoais numa tentativa de resgatar o real e as descrições das vivências. Com isso, a pesquisadora tomou emprestado as descrições experienciais dos entrevistados e refletiu sobre elas, aprofundando-se no mundo vivido permeado de significações das ações, das expressões, das relações e interações.

Além disso, o uso do gravador foi imprescindível para a liberdade da pesquisadora observar, ouvir e, quando preciso, fazer algumas anotações das observações. Observar as ações dos entrevistados durante as entrevistas é a possibilidade de poder ouvir para além das suas falas como um caminho para a compreensão dos significados. Ademais, observar significa ser presença e estar junto ao outro. A experiência de ver, ouvir e perceber é, sem dúvida, imprescindível para a compreensão do fenômeno.

Desse modo, as entrevistas foram transcritas uma a uma, resultando em um texto que foi lido e interpretado, a partir da Análise Hermenêutica de Paul Ricoeur⁷², da Análise Institucional de René Lourau.

4.RESULTADOS E DISCUSSÃO

⁶⁹ Anexo II

⁷⁰ Anexo III.

⁷¹ Parece não ter pacientes em situação de rua, uma vez que todos os prontuários analisados constavam um endereço fixo, alguns não encontrados.

⁷² Este estudo baseou-se nas seguintes obras de Paul Ricoeur: O conflito das interpretações (1988); Interpretação e Ideologia (1990) e Teoria da interpretação: o discurso e o excesso de significação (1976).

4.1. Os dados descritivo-exploratórios

De acordo com o levantamento do livro de altas e óbitos do SAME⁷³, com as informações contidas nos prontuários (sexo, idade, diagnóstico, tempo de internação etc.) e com as narrativas das pessoas entrevistadas (pessoas com transtorno mental e familiares)⁷⁴, podemos afirmar:

- Tivemos um total de 16 pacientes com diagnóstico de transtorno mental internados nesse hospital geral no ano de 2017 (janeiro a dezembro)⁷⁵.

- Nove são mulheres e sete são homens com a idade média de 38 anos (apenas um paciente menor de 16 anos).

- A média do tempo de internação foi de 16,5 dias⁷⁶.

- As categorias diagnósticas que apareceram foram: surto psicótico, transtorno mental, psiquiátrico e bipolar, além de esquizofrenia e transtorno depressivo.

- O diagnóstico de surto psicótico foi encontrado em quase metade dos pacientes internados (seis pacientes).

- Duas pacientes foram internadas por tentativa de suicídio e tiveram tempo de permanência diferentes.

- Somente duas pacientes não foram medicadas com Haldol (as que tentaram o suicídio).

- Dez pacientes foram declarados de cor parda e um paciente de cor preta. Apenas um paciente foi declarado da raça indígena, dois amarelos e um branco⁷⁷.

- Dos 16 (dezesseis) pacientes internados no hospital em 2017, 09 (nove) foram encontrados em seus respectivos endereços e entrevistados. Os demais, num total de sete pacientes, não foram encontrados nem entrevistados: um tinha falecido, dois pacientes são de cidades circunvizinhas, um é da zona rural, uma afirmou nunca ter sido internada no hospital e dois pacientes não foi possível encontrar o endereço que constava na ficha de identificação do prontuário.

⁷³ Tabela com os pacientes encontrados (Anexo IV).

⁷⁴ Transcrição das entrevistas (Anexo V).

⁷⁵ O total de 16 pacientes internados com transtorno mental durante um ano inteiro nesse hospital, ou seja, 1,3 pacientes internados por mês é uma quantidade baixa de pacientes, pois trata-se de um município de médio porte onde nenhum outro hospital atende essa clientela, e os três CAPS da rede municipal de saúde funcionam, apenas, dias de semana e em horário comercial.

⁷⁶Essa média de duração da internação dos pacientes nesse hospital (16,5 dias) foi abaixo da média do tempo médio de internação em leitos psiquiátricos de hospitais gerais pelo Brasil, que é de 19,4 dias (DALGOLORONDO ET AL, 1993).

⁷⁷O quesito raça/cor foram instáveis, em alguns formulários dos prontuários apareciam o item raça em outro o item cor e em alguns os itens dois. Quem classifica os pacientes são os próprios funcionários do SAME, não é o paciente que se autodeclara.

- Das 09 (nove) pessoas com transtorno mental entrevistadas em suas residências, 02 (dois) estavam em surto.

- Apenas uma pessoa com transtorno mental entrevistadas estava e morava sozinha em sua residência.

- Os familiares (mãe, irmãos, pai, cônjuges, etc.) das 08 (oito) pessoas com transtorno mental estavam presentes e participaram das entrevistas.

- A maioria dos entrevistados, pessoas com transtorno mental e/ou familiares, relataram dificuldade iniciais para serem aceitos na emergência e depois internados.

- Todos os entrevistados, pessoas com transtorno mental e/ou familiares, se sentiram contemplados com a visita de alguém querendo saber o que eles pensavam e achavam.

- A situação socioeconômica dos entrevistados é precária e desalentadora. Eles definitivamente, em sua maioria, estão em condição de vulnerabilidade social;

- Há um certo “esquecimento” ou “apagamento” da própria história de vida e da experiência da internação, mesmo fora do surto.

- Os dados fornecidos pelos entrevistados, mesmo fora do surto, são, muitas vezes, imprecisos e confusos, principalmente quando o assunto é sobre as datas de internamento, primeira crise etc. “Quando cheguei lá falaram que eu estava doído. Se eu estava eu não sei. Para mim eu estava normal”. “Lembra do seu internamento? Não”.

- A maioria dos entrevistados disseram não lembrar do diagnóstico, remédio, tempo de internação. “Quantos dias você ficou internada? Não lembro”.

- Na maioria das vezes, o tratamento adequado está relacionado ao apreço que a equipe de saúde do hospital teve por ele(a). “O que achou dos dias de internamento no hospital?” “Tudo ótimo, o psiquiatra conversa comigo direitinho. Todo mundo gostava de mim. Eu só tenho a agradecer”;

- Apenas um familiar com condições socioeconômicas melhores mencionou que o hospital deveria ter leitos psiquiátricos e reivindicou a internação do paciente. “Ficamos um tempão para esperar ele ser internado, minha sogra ameaçou chamar a televisão. Uma pessoa que trabalha lá já tinha dito que tem quatro vagas obrigatórias para pacientes psiquiátricos. E eles insistiam em dizer que o lugar dele não era ali”;

- Nenhum paciente frequenta o CAPS. Quando é encaminhado, não é acolhido. O serviço é mencionando ou lembrado, apenas, para buscar a medicação. “O CAPS falou que não poderia me ajudar”.

- O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS – da rede municipal não representa um serviço de referência para essas pessoas, elas não contam com ele. Quando mencionado, é um mero lugar que dispensa medicação ou um lugar sem importância. “Vou lá pegar a medicação”. “O pessoal do CAPS quer que eu leve meu irmão lá, mas do jeito que ele está, não dá”.

- A rede de serviços de saúde do município que o hospital se encontra é deficitária e, de acordo com o relato dos entrevistados, não oferece suporte nem assistência.

- Quando o paciente recebe alta, ele não tem acesso a um acompanhamento psiquiátrico, fica desassistido pela rede de serviço municipal, mesmo se o hospital tiver feito um encaminhamento.

- Cinco pacientes (30%) ficaram contidos em seus leitos na maior parte do tempo em que estiveram internados.

- Nenhum paciente nem familiar mostrou-se indignado, seja por não ter os leitos específicos, por permanecer no corredor ou por não ter para onde ser encaminhado depois da alta hospitalar;

- A única forma de “rebeldia” (âmbito privado/pessoal) das pessoas com transtorno mental entrevistadas é burlar a prescrição medicamentosa. “Os remédios, tomo do meu jeito”. “Não tomo a medicação como o médico do hospital passou porque fico muito mole, não consigo fazer nada. Dorme e levanta”.

- Existe uma rede social de solidariedade e amparo entre as pessoas da comunidade, principalmente vizinhos e pastores. Por exemplo, os vizinhos e os pastores das igrejas evangélicas. “Ana tem cuidado de mim, alugou uma casa para mim”⁷⁸. “O pastor falou: eu vou orar e Deus vai orientar a irmã a como lidar com seu filho, porque só Deus”;

- Quando o sujeito está em surto, a única coisa que o hospital faz é contê-lo fisicamente. “Eles me amarraram o tempo todo que fiquei internada”.

- No hospital estudado os pacientes com transtorno mental são malvistos, e, algumas vezes maltratados pela equipe multidisciplinar, sempre muito sobrecarregada e preocupada com a rotina do serviço.

- A falta de um acompanhamento psiquiátrico posterior na rede de serviços de saúde é vista com naturalidade e resignação. “Você já tem um médico para lhe acompanhar? Não. E como vai fazer para continuar tomando a medicação? Não sei”.

⁷⁸ Uma conhecida da paciente citada.

- A maioria dos pacientes, após sair da internação, permaneceu com a prescrição (vencida) do psiquiatra do hospital por longo período e inventa estratégia para adquirir os remédios com vizinhos e nas farmácias de maneira irregular. “Os remédios dele, a mulher daqui da frente me dá”.

- Quando as pessoas com transtorno mental saem do hospital ficam sem o acompanhamento psiquiátrico subsequente e não se mobilizam em busca de um atendimento psiquiátrico posterior.

4.2 A análise hermenêutica de Ricoeur

A análise da hermenêutica de Paul Ricoeur tem o foco na interpretação enquanto uma dialética. Ela abarca a compreensão, a explicação e adverte que “uma interpretação deve não só ser provável, mas mais provável do que outra interpretação” (RICOEUR, 1976, p. 89).

Por isso, Ricoeur define hermenêutica como uma interpretação orientada para textos e é aplicada a todo processo que abarca a explicação e a compreensão dialeticamente. A interpretação tem como objeto o texto e é uma tentativa de especificar o significado que é essencial na descrição da experiência. Nesse sentido, Ricoeur afirma que “A interpretação enquanto dialética de explicação e compreensão pode, pois, remontar as frases iniciais do comportamento interpretativo já em ação na conservação” (RICOEUR, 1976, p. 86).

Existe interpretação onde existe sentido múltiplo, e é na interpretação que a pluralidade dos sentidos é tornada manifesta (RICOEUR, 1988). A interpretação é uma explicação, em desenvolvimento da compreensão. Interpretar é, portanto, explicitar o tipo de ser-no mundo reconhecendo as condições históricas. (RICOEUR, 1990). Segundo Ricoeur, “A interpretação é o trabalho de pensamento que consiste em decifrar o sentido escondido no sentido aparente, em desdobrar-se os níveis de significação implicadas na significação literal; mantendo assim a referência inicial à exegese, isto é, a interpretação dos sentidos escondidos” (RICOEUR, 1988, p. 14-15).

Dessa forma, a hermenêutica ricoeuriana é fundamentada em três níveis: o da vida cotidiana ou do vivido, o da vida científica e o nível propriamente reflexivo. Ela tenta compreender o homem em sua totalidade, não se distanciando do concreto como ser no mundo, impregnado por suas condições históricas. Essa hermenêutica intenta, assim,

compreender o comportamento simbólico do ser humano por meio do registro escrito das suas falas, gestualidade e sentimento.

Trata-se de uma hermenêutica que se considera uma teoria das operações da compreensão em sua relação com a interpretação dos textos. A leitura do texto (das entrevistas transcritas) se deu no processo de dinâmica da leitura interpretativa, segundo a hermenêutica ricoeuriana, relacionando a compreensão e a explicação com as significações, de modo que “O sentido de um texto não está por detrás do texto, mas à sua frente. Não é algo de oculto, mas algo de descoberto. (RICOEUR, 1976, p. 99).

A pesquisadora leu e releu o texto quantas vezes foi necessário, com o objetivo de manter uma aproximação com o texto, poder realizar as reflexões necessárias e para buscar os significados, ou seja, a essência do vivido pelos sujeitos envolvidos. A aproximação estreita da pesquisadora com o texto é essencial para buscar a compreensão/explicação e interpretar, descobrindo o que se esconde na experiência relatada. O texto, também, foi lido algumas vezes, além de que as falas dos sujeitos foram ouvidas para a pesquisadora lembrar os gestos e expressões dos entrevistados. A passagem do texto oral para o texto escrito fez com que o contexto aparecesse.

Por outro lado, a transformação do texto oral para o texto escrito permitiu uma distância favorável para a pesquisa. Ricoeur afirma que a “Distância produtiva é igual a distância metodológica” (RICOEUR, 1976, p. 101), mesmo porque, segundo Ricoeur, o que importa compreender/explicar não é a situação inicial do discurso, mas o que aponta para um mundo possível. Nesse interim, “Não existe nenhuma necessidade, nenhuma evidência a respeito do que é importante e do que é sem importância. O próprio juízo do importante é uma conjectura” (RICOEUR, 1976, p. 89).

Além disso, durante o processo interpretativo, também foi preciso apreender os discursos. Para Ricoeur, o discurso é evento porque é realizado pelo ser humano numa situação temporal (no presente), sendo que ele se refere ao seu locutor enquanto se refere ao mundo. Por isso, é preciso descobrir o sentido do discurso e buscar o sentido sob as palavras, pois um texto é uma forma de discurso. Desse modo, “A inscrição do discurso é a transformação do mundo e a transcrição não é reduplicação, mas metamorfose” (RICOEUR, 1976, p. 53).

Ricoeur propõe três etapas de leitura para a realização da sua análise hermenêutica⁷⁹: a leitura inicial, a leitura crítica e a apropriação. Nesse sentido, a leitura

⁷⁹ Ricoeur propõe isso no livro: “O conflito das interpretações”.

inicial do texto teve como objetivo compreendê-lo de maneira superficial, por meio da percepção dos primeiros significados (impressões)⁸⁰. A leitura crítica acontece quando se realiza uma releitura profunda, com a finalidade de interpretar e compreender os prováveis significados imbuídos no texto. Na apropriação acontece a compreensão da mensagem revelada e a interpretação torna-se um acontecimento.

Nessa perspectiva, Ricoeur adverte que a validação dos resultados de uma pesquisa não é verificável, mas, sim, interpretável. Aqui validação não é verificação, pois “No que diz respeito aos procedimentos de validação pelos quais testamos as nossas conjecturas, ele se aproxima mais da lógica da probabilidade do que de uma lógica da verificação empírica” (RICOEUR, 1976, p. 90).

Por isso, durante todas as etapas da leitura, a pesquisadora procurou compreender os significados, vivenciar as experiências e fazer uma imersão naquela realidade. Nesse ponto, segundo Ricoeur (1976), é preciso ter habilidade para a compreensão do sentido e das imagens projetadas diante do texto, é preciso, além disso, tornar seu o que antes era desconhecido e descrever a situação da realidade apreendida pelo vivido do outro.

Nessa direção, encontramos três categorias e suas subcategorias de análise correlacionadas⁸¹: 1) a compreensão do ser pessoa com transtorno mental e a subcategoria: percepção de si mesmo; 2) a compreensão do ser pessoa com transtorno mental que foi internada nesse hospital e a subcategoria percepção do serviço; 3) a compreensão do ser pessoa com direito à saúde e a subcategoria efetivação do direito à saúde.

A primeira categoria: **a compreensão do ser pessoa com transtorno mental** é ausente do ser-no-mundo, ou seja, o sujeito parece não estar ali, suas lembranças são difusas e imprecisas. Nessa categoria, as lembranças parecem sobrevoar a própria vida, parecem mortificadas/sem saída diante sua própria condição. Elas parecem, inclusive, fora do que está acontecendo consigo. Nem vítima se é. Para exemplificar, um paciente quando perguntado durante a entrevista porque foi internado, respondeu: “não sei, não lembro”.

A subcategoria: **percepção de si mesmo** é quase inexistente, apesar de relatarem as violências sofridas, não sabe dizer muita coisa sobre si mesmo, sobre a perspectiva de

⁸⁰A leitura foi realizada várias vezes e sem julgamentos para que o pesquisador consiga apreender os significados e organiza-los.

⁸¹Não existe uma categoria principal nem primordial, elas se sobrepõem e se interacionam.

vida e suas tristezas. Elas vivem a situação como dada: “Aí nesse dia todo mundo falou que eu estava agitado, mas se é loucura eu não sei”

Sobre a segunda categoria **a compreensão do ser pessoa com transtorno mental que foi internada nesse hospital** é superficial e inespecífico (não tem juízo de valor), pois os sujeitos ficam abandonados à própria sorte e imersos na precariedade das condições do ambiente hospitalar. Um dos entrevistados, por exemplo, disse: “Fiquei no corredor cinco dias, depois fui para o quarto que era praticamente um corredor”.

A respeito da subcategoria **percepção do serviço**, nota-se que está é limitada e restrita ao modo como a equipe os trata. Ficar amarrado, ficar na maca, ficar no corredor, nada disso foi lembrado como parâmetro ou realidade importante para se avaliar o tratamento. A avaliação, portanto, se resume à forma como foram tratados pela equipe: “Todos gostavam de mim”. “Fui atendida muito bem, todos gostaram de mim”.

No que concerne à terceira categoria, **a compreensão do ser pessoa com seu direito à saúde**, é inexistente. O desconhecimento de todo e qualquer direito é quase total, pois os sujeitos passam ao largo sobre a questão do direito. Ficar contido/amarrado, na maca no corredor não é parâmetro para avaliar o tratamento. O sujeito não questiona se o tratamento é adequado ou não: “Como foi sua internação no Regional? Fui tratado bem, fiquei amarrado no corredor em uma maca”.

No que diz respeito à subcategoria **efetividade do direito à saúde**, não é preocupação deles se o direito foi respeitado ou não. As pessoas entrevistadas (pacientes e familiares) não relacionaram o tratamento oferecido pelo hospital com a efetividade ou não do seu direito à saúde. Para elas, o parâmetro de um tratamento adequado passa, sempre, pela forma que foram tratados pela equipe (“todos gostavam de mim”).

Dessa maneira, a partir dessas categorias e de suas respectivas subcategorias, se identifica dois elementos marcantes e comuns entre elas: um desempoderamento e um alheamento das pessoas com transtorno mental internadas nesse hospital e de seus familiares.

É notório a ausência de qualquer forma de empoderamento⁸². O desempoderamento das pessoas com transtorno mental e dos seus familiares, eles não pretendem nem desejam mudar nada, aceitam o que já está posto como natural e imutável.

⁸² Empoderamento é a ação social coletiva de participar de debates que visam potencializar a conscientização civil sobre os direitos sociais e civis. Retirado de: <https://www.significados.com.br/empoderamento/>.

Existe um “consenso” em aceitar as coisas como são. Nunca houve motivos para mobilizações e/ou de reivindicações.

Assim como é nítido uma espécie de alheamento de si, da própria saúde, do próprio tratamento, do próprio direito e da própria vida. É um estar alheio. O paciente e seus familiares contemplam, aceitam e sofrem: “Quanto tempo ficou internada? Não sei”. “Se eu estava com problema mental, eu não sei”. Além disso, são capazes de tomar por anos aquela prescrição dada no momento da sua alta hospitalar: “Você sabe para que toma essa medicação? Não. Quer saber? Tanto faz”. É como se essas pessoas estivessem mortificadas, petrificadas e imóveis.

É importante ressaltar que a maioria das pessoas com transtorno mental, no momento da entrevista, estavam conscientes, orientadas e medicadas, ou seja, não estavam em surto⁸³.

Um dos possíveis sentidos⁸⁴ do alheamento e do desempoderamento podem estar relacionados a um resquício da influência do mandonismo, que de acordo com Gustavo Falcón (2010), é um fenômeno brasileiro com a figura central do coronel, de origem patrimonialista que atingiu seu apogeu em 1930⁸⁵, mas sobreviveu em algumas regiões com características peculiares regionais⁸⁶.

Na região do hospital estudado, ocorreu o mandonismo dos coronéis do cacau que teve como característica uma política oligárquica e assistencialista, influenciando a população nos mais variados níveis, dificultando a emergência de sujeitos autônomos e independentes. Nessa perspectiva, é melhor que os cidadãos se mantenham sem autonomia, sem direitos e sem cidadania.

Somado a isso, as pessoas com transtorno mental fazem parte de uma população vulnerável, com uma longa história de exclusão e segregação, com seus direitos e com sua cidadania conquistadas apenas recentemente⁸⁷. São, portanto, sujeitos que precisam a todo momento serem protegidos por um Estado que garanta o seu direito e o exercício da sua cidadania.

A cidadania é um exercício, um conceito e um status construído socialmente, de modo que assume inúmeras formas, a depender de diferentes contextos sociais. O

⁸³ Apenas 02 (dois) estava em surto, mas mesmo assim participaram da entrevista.

⁸⁴ Como uma forma de construir sentido, para Ricoeur (1976), fazer uma conjectura.

⁸⁵ O mandonismo foi “gestado nos tempos coloniais, presente na discriminatória democracia censitária do Império (FALCÓN, 2010).

⁸⁶ Segundo Falcón, o mandonismo não foi uniforme e homogêneo pelo país, ele teve diversidades regionais.

⁸⁷ A partir da Constituição de 1988 e da lei 10.216 de 2001.

exercício da cidadania permite a práxis da negociação com o Estado e a participação política da comunidade, que está vinculado a uma sociedade democrática e sempre em processo de construção (COSTA, 2016).

Para Marshall (1967), cidadania é a capacidade atribuída a um sujeito de ter determinados direitos civis, políticos e sociais, bem como poder exercê-los em seu território. Ou seja, o sujeito porta direitos e deveres fixados por determinada estrutura legal (Constituição e leis) com nível de igualdade.

Para além disso, a cidadania, também deve e está relacionada como forma de ser e estar no mundo, de engendrar práticas, de ser uma prática cotidiana capaz de acomodar desde demandas universais e, também, vivências individuais. Ela está, portanto, em constante transformação e depende da motivação para a ação, bem como dos conhecimentos sobre a possibilidade de articulação das políticas a que o sujeito tem acesso (MAIA; PERREIRA, 2014).

Nesse sentido, não encontramos nas pessoas pesquisadas um exercício da cidadania com autonomia, atuação, vivência e práxis que pudesse desafiar as concepções normativas e excludentes, haja vista que estamos nos referindo a sujeitos com suas idiosincrasias acentuadas.

É certo que a questão do direito à saúde é complexa e tem, sempre, um equilíbrio instável, isto porque se situa na fronteira pouco nítida entre o campo de direito e o processo político majoritário. O sistema do direito, por exemplo, sozinho, não consegue dar conta da efetividade do direito à saúde, não basta declará-los, é preciso protegê-los com a participação efetiva do Estado, da sociedade e do indivíduo, cada um com a parte que lhe cabe (BOBBIO, 1992).

4.3. A análise institucional de René Lourau

A Análise Institucional de René Lourau é uma análise que tem uma multireferencialidade teórica, tem uma lógica da contradição dialética e não tem um único ponto de vista. Lourau (1993) define a instituição como um artifício que tem uma base material e uma dinâmica contraditória entre o instituído – o “status quo” atuante como um jogo de forças extremamente violento para produzir certa imobilidade – e o instituinte – o que tem mobilidade –, construindo-se no tempo.

Além disso, Lourau (1993) diz que a pesquisa é uma criação permanente que interroga conceitos, tem necessidade de dúvidas e não de certeza prévias. Ele defende a

implicação do pesquisador em situação de pesquisa como essencial do trabalho científico, já que não se admite um isolamento entre o ato de pesquisar e o momento em que a pesquisa acontece, afirmando que “a neutralidade axiológica, a decantada objetividade não existe” (LOURAU, 1993, p. 16).

Para que a análise institucional aconteça, é preciso observar não só as grandes contradições, mas também as contradições no seu interior: “Há de se observar a contradição no interior do instituído e, inclusive, a contradição no interior do instituinte” (LOURAU, 1993, p. 12). É importante, também, conhecer os diversos níveis contraditórios da instituição e não fazer uma separação maniqueísta entre o instituído e o instituinte.

O instituído e o instituinte são indissociáveis e elementos de uma dialética contraditória que participam, juntos, de um processo de institucionalização considerado “o devir, a história, o produto contraditório do instituinte e do instituído, em luta permanente, em constante contradição com as forças de autodissolução” (LOURAU, 1993, p. 12).

De acordo com a Análise Institucional, o hospital e as pessoas com transtorno mental internadas são os elementos instituinte e instituído que se alternam, num processo de contradição dialética e fazem parte do processo de institucionalização, não participando da efetividade do direito à saúde. Assim, eles participam do processo de institucionalização com suas forças de autodissolução, quase nulas e de uma forma permanente e estagnada; sem nenhuma forma de resistência, como se a instituição constituída pelo hospital e pelas pessoas com transtornos mentais internadas estivessem mortificadas.

Nesse sentido, tanto o hospital quanto as pessoas com transtorno mental internadas têm aceitado o instituído (o que já está posto) como natural e quase insuperável, sob o domínio da heterogestão, ou seja, sob o poder de ser gerenciado por outros, ao invés da autogestão, que seria a emergência do novo e, em outras palavras, do instituinte.

Por outro lado, o hospital, enquanto instituído, reproduz as lógicas das estruturas socioeconômicas. Ele, enquanto instituição, não é apenas local de cura, máquina de curar, mas também instrumento de produção, acúmulo e transmissão do saber que assegura o exercício do poder, concepção desvelada a partir dos estudos de Foucault (1998).

Nesse sentido, surge uma quarta categoria de análise, acrescida as três categorias que surgiram com a análise hermenêutica e Ricoeur: **a compreensão do hospital enquanto instituição**, o hospital permanece como está, instituído e funcionando com

uma lógica própria, quase à revelia de quem quer que seja. E a subcategoria **hospital representando o Estado**, como é um serviço que não garante o direito à saúde e perpetua práticas de descuido, violência e abandono, podemos dizer que o Estado omissivo, também é, em certa medida, violento.

O hospital geral, único e referência para a saúde mental no município, não tem leitos psiquiátricos devidamente implantados, apesar de dever tê-los. Nessa discussão, Hildebrandt e Alencastre afirmam que “A internação psiquiátrica no hospital geral, quando não existe unidade psiquiátrica, é uma realidade pouco comum” (2001, p. 177).

Temos, então, um hospital geral com estrutura física precária, único no município, que atende e interna pessoas com transtornos mentais, sem leitos psiquiátricos específicos, podendo tê-los, inclusive, com práticas violentas por si mesmas, perpetuando o abandono e o descaso. Dessa forma, temos, também, um Estado, representado pelo hospital, omissivo e inoperante, não condizente com o Estado Democrático de Direito, pois viola o direito à saúde dessas pessoas, ou seja, ao invés da justiça social, produz violência.

4.4. O percurso autoetnográfico

O termo autoetnografia foi usado pela primeira vez no campo das Ciências Sociais, especificamente na Antropologia, por David Hayano em 1979. Ele usou o termo para descrever os antropólogos que conduzem e escrevem etnografias deles mesmos e que escolhem um campo de pesquisa relacionado a uma das suas identidades (SANTOS, 2017):

O que caracteriza a especificidade do método autoetnográfico é o reconhecimento e a inclusão da experiência do sujeito pesquisador tanto na definição do que será pesquisado quanto no desenvolvimento da pesquisa e os fatores relacionais que surgem no decorrer da investigação (SANTOS, 2017, p. 219).

Dessa forma, a autoetnografia emerge para estudar a experiência pessoal, procurando revelar o conhecimento de dentro do fenômeno. Existem cinco chaves para a construção da autoetnografia: (1) visibilidade para o si: é o eu do pesquisador se tornando visível no processo; (2) forte reflexividade: representa a consciência de si e a reciprocidade entre o pesquisador e os outros membros do grupo, o que conduz a uma introspecção guiada pelo desejo de entender ambos; (3) engajamento pessoal; (4)

vulnerabilidade e (5) rejeição de conclusões, pois concebe as concepções de si e da sociedade como algo relacional, processual e mutável (MOTTA; BARROS, 2015).

A autoetnografia possibilita, portanto, considerar, representar e abarcar a experiência pessoal da pesquisadora como psicóloga do hospital estudado, uma vez que é um método em que o pesquisador não precisa suprimir sua subjetividade, segundo Motta e Barros (2015). Nesse interim, “A autoetnografia é uma abordagem que reconhece e envolve a subjetividade, a emotividade e a perspectiva do pesquisador sobre a investigação (SANTOS, 2017, p. 224).

Nesse sentido, por já estar inserida nas cotidianidades do hospital, durante toda pesquisa submeti-me à exposição de meus próprios pensamentos. A técnica utilizada para a coleta de dados foi a narrativa auto-reflexiva, focadas nas impressões que os espaços e locais me influenciaram, de modo que desenvolvi a escrita autoetnográfica. Segundo ONO (2017), “A escrita autoetnográfica é um processo altamente pessoal e profundo, que pode levar a expressão de autoridade de um indivíduo, principalmente, no que se refere a um posicionamento pós-colonial (p. 54).

Os benefícios da autoetnografia situam-se em (a) fornecer um método de pesquisa de fácil utilização, tanto para o pesquisador quanto para os leitores; (b) elevar a compreensão cultural de si e dos outros, e (c) ter potencial para transformar a si e aos outros através da construção de coalizões entre diferentes culturas (CHANG, 2007, apud TSCHUMT; NAYAYAMA, 2014, p. 263).

Dessa maneira, ainda segundo Ono (2017), a autoetnografia se preocupa com a valorização de uma perspectiva pessoal e experiencial do eu do pesquisador, levando em conta o contexto e o meio sócio histórico no qual o pesquisador está inserido, trazendo suas emoções e sentimentos como forma de construção de sentido sobre o que está sendo investigado.

O hospital geral estudado oferece às pessoas com transtorno mental um tratamento precário, indigno e inadequado que viola o direito à saúde, com práticas que se auto justificam (ele é como sempre foi). Ele permanece como está, funcionando com uma lógica própria, quase à revelia de quem quer que seja.

A efetividade do direito à saúde das pessoas com transtornos mentais, nesse hospital, somente acontece diante de duas situações específicas: quando se compara a existência do regional à inexistência de um outro serviço ou a de nenhum⁸⁸, ou quando o

⁸⁸ Como é conhecido e chamado o hospital.

sujeito, internado com diagnóstico de transtorno mental está calmo, consciente e orientado. Nesse justo momento, o hospital se torna um “oásis”, o lugar que cuida, um porto seguro.

Ademais, nesse hospital a garantia do direito à saúde está diretamente relacionada ao tempo de internação da pessoa com transtorno mental. É, sempre, melhor que o paciente permaneça o menor tempo possível, pois internações longas são desnecessárias e violentas.

Além disso, quando o paciente está em surto, o hospital é ineficaz. O sujeito psicótico em surto é rigorosamente mortificado pela lógica dessa instituição hospitalar e o seu direito à saúde não acontece. O paciente nessa condição é amarrado, isolado e dopado, com a anuência/complacência de todos: pacientes, familiares e equipe multidisciplinar; não sendo necessário a estrutura física do hospício, ele já está posto, a exemplo da seguinte fala: “Ele ficou amarrado os 15 dias que ficou internado”, disse o familiar de um paciente.

O setor de psiquiatria do hospital, na maioria das vezes, contribui para a não garantia do direito à saúde dos pacientes, seja pelo tempo de permanência que os psiquiatras impõem ao paciente, seja pela quantidade de medicação prescrita. Os psiquiatras prescrevem uma quantidade excessiva de medicação (contêm quimicamente os pacientes) e definem o tempo de internação apenas pelo quadro clínico, desconsiderando o ambiente (condições da estrutura física do hospital) na qual o paciente se encontra. Muitas vezes, o paciente internado está em uma maca ou em um local insalubre.

No caso dos pacientes que tiveram o primeiro surto, sempre muito jovens, é notório a não garantia do direito à saúde, o hospital os mantém internados e amarrados (contidos fisicamente) por um longo tempo, em quaisquer condições. Além disso, quando os pacientes recebem alta, não são encaminhados para outro serviço ou, muitas vezes, não têm um serviço de referência. Isso acarreta consequências devastadoras para a vida desses sujeitos, pois eles ficam sem a possibilidade de uma melhora e sem um tratamento adequado, susceptíveis, assim, a terem outros surtos. Sem perspectiva de vida, esses pacientes ficam em casa, geralmente, tutelados pela família e devastados pela doença.

Ademais, o mito secular da periculosidade da pessoa com transtorno mental, em diversas ocasiões, é perpetuado no hospital. Ele, com certeza, é um fator de não efetividade do direito à saúde. A equipe multidisciplinar, as pessoas que trabalham na

recepção, outros funcionários afins, de certa forma, contribuem para isso. Todos eles consideram, invariavelmente, os pacientes com transtorno mental perigosos e violentos.

Existe uma prática de violência física (agressões, xingamentos, humilhações) contra essas pessoas dentro e fora do hospital. Uma das pacientes foi agredida por um técnico enquanto estava internada, e a direção logo providenciou a transferência da mesma para Salvador. Dois pacientes, em ocasiões distintas, foram agredidos gratuitamente por policiais: “Fui atacada por um policial. Ficava andando pelas ruas. Não dormia. Ficava até tarde na rua. Um policial me atacou”.

Tudo isso, corrobora com o alheamento e do desempoderamento, explanado anteriormente. As pessoas com transtorno mental internadas nesse hospital estão alheias - a si mesmas, a sua saúde, a seu tratamento, ao seu direito – e desempoderadas do exercício de suas cidadanias. Eles, nem ninguém, lutam por seus direitos. Não há sujeitos autônomos e atuantes. Eles parecem estar sem expectativas, sem esperanças e sem indignação. Por exemplo, a falta de acesso a uma consulta psiquiátrica subsequente é vista com naturalidade e resignação. Eles acabam tomando os remédios de qualquer jeito, ocasionando recidivas e, nos casos de uma superdose de medicação, ficam letárgicos, sedados e mortificados por muito tempo.

Nesse sentido, as pessoas com transtorno mental internadas nesse hospital aceitam o que lhes é posto, sem nenhuma forma de resistência. Apáticos e mortificados, não questionam, não se assustam nem se indignam e permanecem imóveis, em um jogo de forças violento para se manterem onde estão: abandonados à própria sorte⁸⁹.

Nesse momento, também, identifico e reconheço uma dose de alheamento e desempoderamento, resquícios do mandonismo e falta de autogestão em mim, uma vez que, enquanto psicóloga do hospital, cidadã e sujeito, perpetuo e permaneço nesse contexto adverso e hostil, inerte e impotente. Quando penso na minha condição de profissional nesse hospital, percebo que estou, ainda, imersa e submersa nessa realidade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das observações autoetnográfica e das análises provenientes da pesquisa, é possível afirmar que o direito à saúde das pessoas com transtorno mental, quando

⁸⁹Quando a violação do direito à saúde ocorre no serviço é preciso encaminhar a denúncia aos Conselhos Municipal, Estadual e Nacional de Saúde para os disque-denúncia, ouvidorias das secretarias e do Ministério da Saúde (não houve relatos sobre isso durante a pesquisa).

internadas nesse hospital, de forma geral, não acontece, ou seja, não existe a efetividade desse direito. O que está prescrito nas normas jurídicas não é verificado, não funciona, não é permanente e nem estável. Assim, destaco quatro elementos indissociáveis que se sobressaem, se complementam e se correlacionam: o hospital geral, o Estado, as pessoas com transtorno mental internadas e eu.

Nesse sentido, o hospital geral estadual com estrutura física precária, único no município e referência em Saúde Mental, no qual não acontece a efetividade do direito à saúde das pessoas com transtorno mental internadas, ou seja, um serviço que, na maioria das vezes, tem uma assistência pautada em práticas que geram descaso, abandono e violência. O hospital, tal como está, é incompatível com a garantia do direito à saúde.

Ademais, o Estado, representado pelo hospital, que viola esse direito e que não é afinado com a consolidação do Estado Democrático de Direito, pois não promove condições objetivas de garantir os direitos dos cidadãos, colocando-os na berlinda, restringindo o direito social e não garantindo a justiça social. Um Estado que não protege os direitos de seus cidadãos e que os avanços no legislativo continuam produzindo resultados insuficientes, mostrando a força da ordem instituída. É responsabilidade do Estado a proteção indiscriminada dos direitos, ele tem o dever de respeitar os direitos de seus povos, e sua legitimidade deve estar atada à proteção dos direitos.

Pessoas com transtorno mental (fora do surto) e seus familiares, na sua maioria com condições socioeconômicas precárias, alheias e desempoderadas, que parecem não ter como parâmetro, em momento algum, o seu direito à saúde e nem exercem suas cidadanias, repercutindo, influenciando e enfraquecendo, diretamente nesse processo. Eles estão mortificados e sem perspectivas.

Em meio a esse contexto, há também eu, enquanto profissional (psicóloga do hospital), cidadã e sujeito, inserida nesse contexto, também, aceitando as coisas como são e estão⁹⁰. E mesmo sendo claro e dado que a não efetivação do direito à saúde das pessoas com transtorno mental internadas nesse hospital ou em qualquer outro, traz sofrimento psíquico, continuo submetida a ordem instituída, sob o domínio da heterogestão, ou seja, aceitando o que está posto, assim como todos os envolvidos no processo.

Percebo, então, que o hospital, o Estado, as pessoas com transtorno mental, eu, continuamos onde estamos, alheios e desempoderados. Pergunto-me: A quem interessa a

⁹⁰ Por exemplo, o hospital não tem os leitos psiquiátricos devidamente implantados e mesmo assim fica aberto ao atendimento. Descobri durante a pesquisa que na falta de serviços adequados, deve-se comunicar formalmente ao Ministério Público, mas ninguém faz nada, inclusive eu.

perpetuação desse cenário? Cadê o Estado? Cadê a Sociedade? Cadê os indivíduos? Cadê eu, nesse contexto?

Infelizmente, apesar do inegável avanço na conquista de direitos das pessoas com transtorno mental, nas últimas décadas, principalmente os que garantem as políticas antimanicomiais, o cenário é impactante e desolador, somado ao atual Estado de Exceção, com uma real possibilidade de perda de direitos, inclusive e principalmente na Saúde Mental, com retrocessos iminentes. Por isso, é preciso criar estratégias para fazer emergir novas formas de agir, de pensar, de sentir que possam proteger, manter e efetivar o direito à saúde, sendo que que é impossível abrir mão de qualquer direito.

Nesse sentido, é imprescindível pensar, sempre, na inclusão de novos sujeitos de direito e novos direitos para as pessoas com transtorno mental, com estratégias e dispositivos capazes de contribuir para a configuração de um novo cenário. É importante que se construa e se invente uma possibilidade de empoderamento para lutar e participar do processo de reconhecimento do direito, de conquista, de autonomia e de cidadania. Ademais, é essencial que o Estado Democrático de Direito resista e se mantenha, com sujeitos ativos em uma sociedade justa e democrática.

Assim, com os resultados obtidos, foi possível compreender os significados que os sujeitos da pesquisa atribuem à sua existência no mundo; a desvelar a realidade estudada; a tomar o discurso das pessoas pesquisadas, a tornar a experiência com a pesquisa um elemento mediador que permita a compreensão dos processos individuais e sociais e, em certa medida, empoderar-me com engajamento e flexibilidade (elementos do método autoetnográfico).

Dessa maneira, faz-se necessário poder enfrentar o desafio de promover alguma mudança, de ter esperanças e de sair desse lugar paralisante – de alheamento e de desempoderamento – com a autonomia dos usuários e dos profissionais para o pleno exercício de direitos conquistados. É o que se pode pretender com estudos sistematizados que revelem o que acontece cotidianamente com usuários e profissionais do hospital estudado.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar. **O que é saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

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

AMARRANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimaraes. Direitos humanos, cultura e loucura no Brasil: um novo lugar social para a diferença e a diversidade. In: OLIVEIRA, Walter Ferreira de; PITTA, Ana Pitta Fernandes; AMANTE, Paulo. **Direitos humanos e saúde mental**. São Paulo: Hucitec Editora, 2017. p. 107-133.

BARCELLOS, Ana Paula de. O direito a prestação de saúde: complexidades, mínimo existencial e o valor das abordagens coletivas e abstratas. In: SOUZA NETO, Claudio Pereira; SARMENTO, Daniel. **Direitos sociais: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie**. Rio de Janeiro: Limen Juris, 2008. p. 803-826.

BELLO, Enzo. Cidadania e Direitos sociais no Brasil: Um enfoque político e social. In: SOUZA NETO, Claudio Pereira; SARMENTO, Daniel. **Direitos sociais: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie**. Rio de Janeiro: Limen Juris, 2008. p. 180-203.

BIRMAN, Joel. A cidadania tresloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes. In: BEZERRA, Benilton; AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará, 1992. p. 100-130.

BITTENCOURT, Joao Batista de Menezes. **Nas encruzilhadas da rebeldia: uma Etnocartografia dos Shaightedges em São Paulo**. 2011. 320 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências Sociais, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Unicamp, Campinas, 2011.

BOBBIO, Norberto. A era dos direitos. Rio de Janeiro: Elsevier, 1992

BONAVIDES, Paulo. O Estado Social e sua Evolução Rumo à Democracia Participativa. In: SOUZA NETO, Claudio Pereira; SARMENTO, Daniel. **Direitos sociais: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie**. Rio de Janeiro: Limen Juris, 2008. p. 63-83.

BOSI, Maria Lucia Magalhaes; UCHIMURA, Katia Yumi. A polissemia da qualidade na avaliação de programas e serviços de saúde: resgatando a subjetividade. In: MAGALHAES, Maria Lucia (Org.). **Pesquisa Qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 75-98.

BOURDIEU, Pierre et al. **Ofício de Sociólogo: metodologia da pesquisa na sociologia**. Petrópolis, RJ.: Vozes, 2007.

BRASIL. Lei n. 10216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 9 abri. 2001. Seção 1. Disponível em:

<www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/1102216.htm>. Acesso em: 2 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Declaração de Caracas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2002**. Brasília, DF, 2002. p, 11-12.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1900-2004**. 4.ed.rev.atual. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Saúde Mental. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório da gestão 2003-2006. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

BRITO-SILVA, Keila; BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 16, n. 40, p.249-260, mar. 2012. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832012005000014>>. Acesso em 02.fev.2018.

BRITTO, Renata Correa. **A internação psiquiátrica e a Lei 10.216/01: reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental**. 2004. 210 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Pública, Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

BUZELLI, Sabrina SinabrucoKanesiro. **A verdade e o direito à saúde: das relações de poder as relações de direitos**. 2015. 179 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Saúde Coletiva, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2015.

CAETANO, Haroldo e TEDESCO, Silvia. Pistas para fechar o manicômio judiciário e para fazer emergir o antimanicômio no Brasil. OLIVEIRA, Walter Ferreira de; PITTA, Ana Pitta Fernandes; AMANTE, Paulo. **Direitos humanos e saúde mental**. São Paulo: Hucitec Editora, 2017.p. 377-405.

CAMPOS, Adriana Pereira. Uma introdução a história do direito moderno. In: CAMPOS, Adriana Pereira (Org.). **Velhos temas, novas abordagens: história e direito no Brasil**. Vitória: Ppghis, 2005. p. 05-34

CAPRARA, Andrea; LANDIM, Lucyla Paes. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 12, n. 25, p.363-376, jun. 2008. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/s1414-32832008000200011>>. Acesso em: 17 jan.2018.

CARVALHO, José Murilo de. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

CASSORLA, R.M.S. **Psiquiatria no hospital geral: reflexões e questionamentos**. Revista ABP-APAL, v.18, n.1, p.1-8, 1996.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão Social**: uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes, 1998.

CIRILO, Livia Sales. **Direitos humanos nos serviços de saúde mental**: representações sociais de profissionais. 2015. 228 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Centro de Ciências Humanas e Letras, Universidade Federal da Paraíba, Joao Pessoa, 2015.

CESARINO JUNIOR, Antônio Ferreira. **Direito Social**. São Paulo: Ltr, 1980.

COHN, Amélia (Org.). **Saúde, cidadania e desenvolvimento**. Rio de Janeiro. Centro Internacional Celso Furtado de políticas para o desenvolvimento. 2013, 239p. (Coleção Pensamento Crítico).

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **CPF repudia mudanças na política de saúde mental**. 2017. Disponível em: <cfp.org.br>. Acesso em: 17 fev. 2018.

COSTA, Luciano Bedin da. **Cartografia**: uma outra forma de pesquisar. 2008. Disponível em: <dx.doi.org/10.5902/1983734815111>. Acesso em: 03 mar. 2017.

COSTA, Maria Isabel. **Saúde mental e os novos paradigmas de cidadania e inclusão social na sociedade contemporânea**. 2016. 282 f. Tese (Doutorado) - Curso de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

DALGALARRONDO, Paulo; BOTEGA, Neury J; BANZATO, Cláudio e M. Pacientes que se beneficiam de internação psiquiátrica em hospital geral. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 37, n. 5, p.629-634, out. 2003. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102003000500013>> Acesso em: 05 mar. 2017.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **Os estados brasileiros e o direito à saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995.

DELGADO. Pedro Gabriel. **Papel estratégico das unidades psiquiátricas em hospital geral**. Cadernos IPUB, 1997. 6;9-19.

DESLANDES, Suely Ferreira; ASSIS, Simone Goncalves de. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o dialogo das diferenças. In MINAYO, Maria Celeste de Souza e DESLANEDES, Suely Ferreira (org.). **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 195-223.

DIRLEY, da Cunha Jr. **Curso de direito constitucional**. 6ª edição. Salvador: Editora Juspodivm, 2012.

ECO, Umberto. **Como se faz uma tese**. S. Paulo, SP.: Perspectiva, 2008.

FALCÓN, Gustavo. **Coronéis do cacau**. Salvador – Ba: Solisluna Design Editora, 2010.

FRANCISCO, Jose Carlos. Dignidade humana, custos estatais e acesso à saúde. In SOUZA NETO, Claudio Pereira; SARMENTO, Daniel (Coord.). **Direitos Sociais: Fundamentos, Judicialização e Direitos Sociais em Espécie**. Rio de Janeiro: Liemen Juris, 2008. p. 859-872.

FLINKERBUSCH, Alcides Otto. **A dimensão social dos direitos humanos: estudos para a reconstrução dos fundamentos éticos dos direitos sociais**. 2006. 193 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Direito, Programa de Pós-graduação em Direito, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2006.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Editora Graal, 1998.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. 6ª edição. Trad. Jose Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Perspectiva, 1999.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisas**. 4ª edição. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, Antônio Carlos. **Modos e técnicas de pesquisa social**. 6ª edição. São Paulo: Editora Atlas, S. A., 2008.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 2ª edição. São Paulo: Perspectiva, 1987.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologia qualitativa na sociologia**. 14ª edição. Petrópolis-RJ: Vozes, 2017

HERRERA, Carlos Miguel. Estado, Constituição e Direitos sociais. In: SOUZA NETO, Claudio Pereira; SARMENTO, Daniel (Org.). **Direitos sociais: fundamentos, Judicialização e Direitos Sociais em espécie**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2008. p. 05-24.

HILDEBRANDT, Leila Mariza; ALENCASTRE, Marcia Bucchi. **A inserção do psiquiatra no hospital geral**. 2001. Disponível em: <www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem>. Acesso em: 07 jan. 2018.

IVO, Anete Brito Leal (Coord.). **Dicionário Temático desenvolvimento e questão social: 81 problemáticas contemporâneas**. São Paulo: Annablume; Brasília: CNPq; Salvador: Fapesb, 2013.

LA BRADBURY, Leonardo Cacao Santos. **Estado liberal, social e democrático de direito: noções, afinidades e fundamentos**. Jus Navigandi, Teresina, ano 11, n. 1252, 5 dez, 2006. Disponível em: <<http://jus2.com.br/doutrina/texto.asp?id=9241>>. Acesso: 01 agos. 2017.

LAPLANTINE, François. **Aprender antropologia**. São Paulo: Editora brasiliense, 1997.

LAVILLE, Chistian. **A construção do saber**: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Editora Arte Médica Sul Ltda.; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

LIMA, Maria da Gloria Soares Barbosa. **Etnografia e pesquisa qualitativa**: apontamento sobre um caminho metodológico de investigação. Disponível em <<http://www.ufpi.br>>. Acesso em 10 out. 2015.

LIRA, Kalline Flavia Silva de. A violação dos direitos humanos das pessoas com transtorno mental nos hospitais de custódia do Brasil. OLIVEIRA, Walter Ferreira de; PITTA, Ana Pitta Fernandes; AMARANTE, Paulo. **Direitos humanos e saúde mental**. São Paulo: Hucitec Editora, 2017.

LOPES, José Reinaldo de Lima. **Direito subjetivo e direitos sociais**: o dilema do judiciário no Estado Social de Direito. In FARIA, José Eduardo (org). São Paulo: Malheiros Editores. 1998.

LOURAU, René. **Análise institucional e práticas de pesquisa**. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

LUBISCO, Nídia M L; VIEIRA, Sônia Chagas; SANTANA, Isnaia Veiga. Manual de Estilo Acadêmico: Monografias, dissertações e teses. 4. ed. Salvador: Edufba, 2008. 145 p.

LURCONVITE, Adriano dos santos. **A evolução histórica dos direitos sociais**: da Constituição do Império a Constituição cidadã. In: Âmbito Jurídico. Rio de Janeiro, XIII, N. 74, mar 2010. Disponível em <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista-artigos_leitura&artigo_id_7417>. Acesso em jul. 2016.

KOLLING, Gabrielle. **O direito à saúde**: história e perspectiva. 2011. 231 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Direito, Pós-graduação em Direito, Universidade do Vale dos Sinos, São Leopoldo, 2011

MACHADO, Ana Lúcia; COLVERO, Luciana de Almeida. Unidades de internação psiquiátrica em hospital geral: espaços de cuidados e a atuação da equipe de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 11, n. 5, p.672-677, out. 2003. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692003000500016>.

MAIA, Angélica Araújo de Melo; PEREIRA, Maria Zuleide Costa. Cidadania, educação e cotidiano. **Educação e Realidade**, Joao Pessoa, v. 39, p.617-631, abr. 2014.

MARSHALL, T.H. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967.

MELO, Pedro. **Da efetivação do direito à saúde frente ao princípio da reserva do possível**. 2016. Disponível em: <<https://www.jusbrasil.com.br/home>>. Acesso em: 02 fev. 2016.

MIOR, Juceli Zimmermann; SCNEIDER, Jacó Fernando. **Leitos psiquiátricos em hospitais gerais**. 2003. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/Revista>>. Acesso em: 24 jan. 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.) **Caminhos do Pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª edição. São Paulo: Editora Hucitec, 2004.

MONTEIRO, Fabio de Holanda. **A internação psiquiátrica compulsória: uma abordagem à luz dos direitos fundamentais**. 2015. 252 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Direito, Programa de Pós-graduação em Direito, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

MOTA, Alice Agnes Spindola. A autoetnografia indígena de Claude Lévi-Strauss e Darcy Ribeiro. *Revista Cesumar: Ciências Humanas Aplicadas*, Maringá, Paraná, v. 20, n. 1, p.209-223, jun. 2015. Semestral.

MOTTA, Pedro Mourão Roxo da; BARROS, Nelson Filice de. Resenha. *Cadernos de Saúde Pública*, [s.l.], v. 31, n. 6, p.1339-1340, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311xre020615>. Disponível em: <<http://dx.doi.org>>. Acesso em: 10fev, 2017.

MOURA, Luciana Melo; SHIMIZU, Helena Eri. Representação sociais de conselheiros de saúde acerca do direito a saúde e da cidadania. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 37, p.01-09, mar. 2017.

MOURÃO, Pablo Augusto Lima. A evolução histórica dos direitos sociais. **Revista Jus Navigandi**, Teresina, v. 26, n. 3496, p.01-10, 04 jan. 2017.

OLIVEIRA, Aline Albuquerque S de. **Direito a saúde: conteúdo, essencialidade e monitoramento**. **Revista Cej**, Brasília, n. 48, p.92-100, Ano XIV, 2010.

OLIVEIRA, Tânia Modesto Veludo. **Amostragem não probabilista: adequação de situações para uso e limitações de amostra por conveniência, julgamento e quotas**. 2001. Disponível em: <https://gvpesquisa.fgv.br/.../veludo_-_amostragem_ao_probabilistica_adequacao_de...>. Acesso em: 23 nov. 2017.

OLIVEIRA, Walter Ferreira de; PITTA, Ana Pitta Fernandes; AMANTE, Paulo. **Direitos humanos e saúde mental**. São Paulo: Hucitec Editora, 2017.

ONO, Fabricio Tetsuya Parreira. A formação do formador do professor: uma pesquisa autoetnográfica na Área de Língua Inglesa. 2017. 157 v. Tese (Doutorado) - Curso de Pós-graduação em Estudos Linguísticos e Literários em Inglês, Departamento de Letras Moderna da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

PAULA, Karoline Vitorino da Silva de. A questão da saúde mental e atenção psicossocial: considerações acerca do debate em torno de conceitos e direitos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 18, n. 4, p.836-840, 2008. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312008000400014>> Acesso em: 08 de fevereiro de 2018.

PEDROSA, Jose dos Santos. **Saúde como um direito de cidadania**. Disponível em: <www.egov.ufsc.br/portal/conteúdo>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2018.

PELBART, Peter Pál, **A nau do tempo-rei**: sete ensaios sobre o tempo da loucura. Rio de Janeiro: Imago, 1993.

PITTA, Ana Maria Fernandes; DALLARI, S.G. A cidadania dos doentes mentais no sistema de saúde do Brasil. In: **Saúde em Debate**. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Nº 36 – outubro. 1992.

PITTA, Ana Maria Fernandes. **Hospital: dor e morte como ofício**. 5ª edição. São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

PIVETTA, Saulo Lindorfer. **Direito fundamental à saúde**. 2013. 270 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Direito, Pós-graduação em Direito, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

PRADO FILHO, Kleber; TETI, Marcela Montalvão. A cartografia como método para as ciências humanas e sociais. Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC -, p.1-15, jan. 2013.

PRADO, Marina Fernandes do; SA, Marilene de Castilho; MIRANDA, Lilian. O paciente com transtorno mental grave no hospital geral: uma revisão bibliográfica. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, p.320-337, 2015.

PULIDO, Carlos Bernal. Fundamentos, Conceito e Estrutura dos direitos sociais: uma crítica a “Existe direitos sociais?” de Fernando Atria. In SOUZA NETO, Claudio Pereira; SARMENTO, Daniel (Coord). **Direitos Sociais: Fundamentos, Judicialização e Direitos Sociais em Espécie**. Rio de Janeiro: Liemen Juris, 2008.

RAMOS, Marcelo Cristiano de Azevedo et al. Performance evaluation of hospitals that provide care in the public health system, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 49,

p.1-9, 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-8910.2015049005748>.

RIBEIRO, Elisa Antônia. A perspectiva da entrevista na investigação qualitativa. **Evidência**, Araxá, v. 4, p.129-148, 2008.

RIBEIRO, Herval Pina. **O hospital: história e crise**. São Paulo: Cortez, 1993.

RIBEIRO, José Carlos Santos e DACAL, Maria Del Pilar Ogando. **A instituição hospitalar e as práticas psicológicas no contexto da Saúde pública**: notas para reflexão. Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia hospitalar. Vol. 15, n 2. Rio de Janeiro – Jul./Dez., 2012.

RIBEIRO, Patrícia Gomes. **O direito a saúde e o princípio da reserva do possível**. Disponível em:
<http://www.mprn.mp.br/revistaeletronicamprn/abrir_artigo.asp?cod=16>. Acesso em: 24 jan. 2017

RICOEUR, Paul. **Teoria da interpretação**: o discurso e o excesso de significação. Rio de Janeiro: Edições 70, 1976.

RICOEUR, Paul. **O conflito das interpretações**. Porto: Portugal: Rés, 1988.

RICOEUR, Paul. **Interpretação e ideologias**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

ROLNIK, Suely. **Cartografia sentimental**: Transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2007.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. **A cartografia e a relação pesquisa e vida**. Psicologia & Sociedade, vol. 21, núm. 2, 2009, pp. 166-173.

ROTELLI, Franco. **Desintitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

SANTOS, Boaventura de Souza. **A crítica da razão indolente**: contra o desperdício da experiência. São Paulo: Edipro, 2000.

SANTOS, Boaventura de Souza. **Poderá o direito ser emancipatório?** Revista Crítica de Ciências Sociais, Coimbra-Portugal, n 65, mai.2003, pp. 3-76.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **O direito do oprimido**. São Paulo: Cortez, 2014.

SANTOS, Silvio Matheus Alves. **O método da autoetnografia na pesquisa sociológica**: atores, perspectivas e desafios. Plural (São Paulo. Online), São Paulo, v. 24, n. 1, p. 214-241, aug. 2017. ISSN 2176-8099. Disponível em:
<<https://www.revistas.usp.br/plural/article/view/113972>>. Acesso em: 30 mar. 2018.

SARACENO, B. **A cidadania como forma de tolerância**. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 22, n. 2, p. 93-101, maio/ago. 2011.

SARLET, Igo Wolfgang. **A eficácia dos direitos fundamentais: uma teoria geral dos Direitos Fundamentais na perspectiva Constitucional**. 12 ed.rev.atual e ampl. Porto Alegre: Livraria do advogado Editora, 2015.

SCHWARJ, Monica Araújo. **A ineficácia do direito fundamental a saúde**. 2012. Disponível em: <https://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id_dh=9624>. Acesso em: 20 jan. 2017.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 37 edições. Revista e atualizada até a Ementa Constitucional n 76, de 26.11.2013. São Paulo: Malheiros Editores, 2014.

PORTAIS SENADO NOTÍCIAS. Promulgada **emenda constitucional do teto de gastos públicos**. 2016. Disponível em: <www12.senado.leg.br>. Acesso em: 17.fev.2018.

SOUZA, Jesse de. **(Não) reconhecimento e subcidadania**, ou o que é “ser gente”? São Paulo: Lua Nova, 2003.

STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet. Pesquisa qualitativa e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TSCHUMI, Henrique de Sá; NAKAYAMA, Marina Keiko. **Incertezas e dilema da socialização: a autoetnografia de um graduando**. 2014. Disponível em: <<http://e-revista.unioeste.br/index.php/travessias/article/download/10227/7834>>. Acesso em: 25 abr. 2017.

TURRA, Marcelo Dealtry; LOPES, Carlos Cortes Vieira. **Direito a saúde como direito de cidadania**. 2012. Disponível em: <www.egov.ufsc.br/portal/conteúdo>. Acesso em: 08 fev. 2018.

VINUTO, Juliana. **A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto**. Temáticas, Campinas, 22(44), 203-220. ago/dez, 2014. Disponível em: <http://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/tematicas/article/download/2144>. Acesso 14 mar. 2017

YIN, Robert K. **Estudos de caso: planejamento e métodos**. 2ª edição. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ANEXOS

Anexo I - Informações colhidas nos prontuários dos pacientes, entrevistados ou não, internados no hospital no ano de 2017:

- 1 - Nome:
- 2 - Sexo:
- 3 - Raça/Cor:
- 4 - Data de nascimento:
- 5 - Período de internamento:
- 6 - CID:
- 7 - Procedimento principal:
- 8 - Médico:
- 09 - Medicações:
- 10 - Registros da equipe multidisciplinar:
- 11 - Dados da entrevista:
- 12 - A entrevista

Anexo II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você para participar da Pesquisa: O DIREITO À SAÚDE DAS PESSOAS COM TRANSTORNOS MENTAIS DE UM HOSPITAL GERAL NO SUL DA BAHIA, sob a responsabilidade de Juliana Campos de Oliveira, pesquisadora NESC – Núcleo de Estudo de Saúde e Cidadania, Programa de Mestrado em Políticas Sociais e Cidadania (UCSAL), sob orientação da Dra. Ana Maria Fernandes Pitta, que tem como objetivo examinar como se processa o direito à saúde em usuários com transtornos mentais de um Hospital Geral na Região Sul do Estado da Bahia.

Sua participação é voluntária. As entrevistas serão gravadas e as gravações realizadas serão mantidas em sigilo, guardadas cuidadosamente. As informações desta pesquisa serão confidenciais, não haverá identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, e será assegurado o sigilo sobre a sua participação. Além disso, se você se sentir constrangido com alguma pergunta que possa ser feita, sinta-se à vontade para não responder. Todos os materiais produzidos serão tratados de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo.

O pesquisador responsável se compromete a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos ou serviços participantes. Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato, com algum dos pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica do Salvador- UCSAL. Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação pela sua decisão. Se você sofrer qualquer dano relacionado ao estudo, você terá direito a assistência integral.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora responsável. Seguem os telefones e o endereço institucional da pesquisadora responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com a pesquisadora responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa (UCSAL) em Av. Cardeal da Silva, 205, Federação. Salvador – Ba, Telefone: (071) 3203-8968.

Eu, _____, após a leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informada, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto expressei minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

Assinatura do voluntário(a)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e esclarecido deste voluntário para a participação neste estudo.

JULIANA CAMPOS DE OLIVEIRA
responsável pela pesquisa
Av. Soares Lopes, 908, apt 201, Ilheus-Ba;
camposjulianna@hotmail.com,
(73) 99191-4571

Anexo III - Entrevista informal (gravada e feitas no local de moradia dos entrevistados)

1 – Apresentação

2 – Como foi seu período de internação no Regional?

3- Conte um dia de internação lá?

Anexo IV - Relação de pacientes com transtorno mental internados no hospital geral em 2017

| Nome | Idade | Sexo | Admissão | Alta | Diagnóstico |
|-------------|-------|-------|----------|----------|-----------------------|
| 1 – M.M.S | 56 | Masc. | 20/01/17 | 21/02/17 | Transtorno mental |
| 2 – M.J.S | 28 | Fem. | 15/01/17 | 28/02/17 | Surto Psicótico |
| 3 – D.F.S. | 72 | Fem. | 15/02/17 | 28/02/17 | Transtorno Bipolar |
| 4 – U.L.S | 19 | Masc. | 04/02/17 | 07/04/17 | Surto Bipolar |
| 5 – U.M.S. | 39 | Masc. | 01/04/17 | 10/04/17 | Surto psicótico |
| 6 – M.C.M. | 43 | Fem. | 07/04/17 | 20/04/17 | Transtorno mental |
| 7 – V.J.S. | 40 | Masc. | 14/04/17 | 29/04/17 | Surto psicótico |
| 8 – O.S.J. | 58 | Masc. | 13/07/17 | 23/07/17 | Transtorno psicótico |
| 9 – J.S.S. | 68 | Masc. | 24/07/17 | 08/08/17 | Esquizofrenia |
| 10 – U.J.N. | 27 | Masc. | 07/10/17 | 16/10/17 | Esquizofrenia |
| 11 – A.S.C. | 16 | Fem. | 18/10/17 | 20/10/17 | Transtorno mental |
| 12 – G.A.S. | 26 | Fem. | 14/10/17 | 06/11/17 | Surto psicótico |
| 13 – C.A.S. | 23 | Fem. | 30/10/17 | 13/11/17 | Transtorno depressivo |
| 14 – G.S.J. | - | Fem. | 25/10/17 | 09/11/17 | Transtorno bipolar |
| 15 – L.V.G. | 27 | Fem. | 17/11/17 | 01/12/17 | Depressão pós-parto |
| 16 – J.P.M. | 26 | Fem. | 07/11/17 | 07/12/17 | Depressão |

ANEXO V - Dados dos prontuários e as transcrições das entrevistas

Paciente 01

Dados do prontuário da paciente:

1 - Nome: M. C. M.

2 – Sexo: Fem.

3 – Raça/Cor: Indígena (Tupinambá)

4 - Data de nascimento: 03/10/1973 (44 anos)

5 – Período de internamento: 07/04/2017 a 20/04/2017 (13 dias)

6 - CID: F23.9 (Transtorno psicótico agudo e transitório não especificado)

7 - Procedimento principal: Tratamento clínico em SM em situação de risco elevado de suicídio

8 - Médico: F. A. de A. J.

09 - Medicações: Amitriptilina 25mg 1comp por dia

Haloperidol 5mg 1 comp 8 em 8horas

Diazepam 5mg 1 comp 12 em 12horas

10 - Registros da equipe multidisciplinar: A equipe de enfermagem diz que a paciente fica em torno de 7 dias iniciais da internação sem querer interagir com a equipe. Depois tem uma melhora significativa.

11 - Dados da entrevista: A entrevista realizada em 28/12/2017 as 16hs na sua residência. A entrevistadora é recebida por uma jovem que se apresenta como a filha mais velha da paciente. Sou levada para o quintal da casa com muitas arvores e passarinhos. A paciente está sentada em uma cadeira de praia (quase deitada). A entrevista durou 13:27 mim. Durante todo tempo a filha e o neto estavam presentes. Escutei o som de passarinhos o tempo inteiro e mesmo sem precisar muito os fatos, a paciente foi receptiva.

Entrevista

Pesquisadora: Como foi sua internação no regional?

Entrevistada: Já fui internada várias vezes. Diabetes alta, pressão alta. Estou tomando remédio e insulina.

Pesquisadora: E a última internação foi por quê?

Entrevistada: Eu surtei. A diabetes alta. Eu ia pela rua.

Pesquisadora: Quanto tempo ficou internada?

Entrevistada: Não sei.

Pesquisadora: Chegando no hospital, foi logo atendida?

Entrevistada: Sim. Fui atendida muito bem, por enfermeiras, médicos, neurologista.

Pesquisadora: Quando foi?

Entrevistada: Acho que foi em 2016.

Pesquisadora: Como está hoje?

Entrevistada: Bem. Sem apetite. As pernas e o pé doem muito quando ando. Por isso fico no quintal até começar a novela.

Pesquisadora: E o que fazia antes de adoecer?

Entrevistada: Trabalhava em casa de família.

Pesquisadora: Quando foi internada, trabalhava?

Entrevistada: Sim. Na casa de Dani.

Pesquisadora: Quando adoeceu pela primeira vez?

Entrevistada: Tem dois anos e meio. Também, fui atacada por um policial. Ficava andando pelas ruas. Não dormia. Ficava até tarde na rua. Um policial me atacou [mostra uma cicatriz na perna].

Pesquisadora: Como ele lhe atacou?

Entrevistada: Com um cassetete. Ele parou a moto. Estava “paisando”. Falou que eu estava passando pela casa dele e batendo na porta tarde da noite. Isso não tinha acontecido. Lembro que não aconteceu. Ia para praia e ficava o tempo todo na praia. Do regional sumia para praia. As pessoas me procuravam. Umas 4/5horas da tarde voltava. Não dormia. Ficava andando o tempo inteiro. No regional ficava andando também. Subia aquele pavilhão. Descia e subia. Tinha até um apelido “andarila”. Tinha outro também, mas não lembro. Dia e noite ficava para baixo e para cima. Só dormia com remédios. Aí o policial me atacou. Desceu da moto e “não comeu nada”. Me bateu com um cassetete que tinha um prego na ponta. Bateu na minha cabeça, no corpo e na perna. Enfiou o prego e puxou. Vi o sangue jorrando. A ferida pegou bicho duas vezes, no regional tiraram. Está na justiça. Já fui chamada, mas ele não foi. Estou esperando ser ouvida por outro policial. Passei perto do bar dele e ele enfiou a mão na calça para tirar uma arma para mim.

Pesquisadora: Isso tem quanto tempo?

Entrevistada: Tem um tempo bom, mas não lembro não.

Pesquisadora: E no regional como foi?

Entrevistada: Sempre fui bem atendida por todo mundo. Todos gostavam de mim.

Pesquisadora: E hoje faz algum acompanhamento?

Entrevistada: Sim. Com a médica do posto. Ela suspendeu algumas medicações.

Pesquisadora: Quais?

Entrevistada: Não sei. [A filha pega os remédios] Ela achou muita medicação. Não tinha como eu ficar me enchendo de remédio. Continuo triste. Não durmo sem remédio. Levanto entre 9 e 10 horas.

Pesquisadora: Lembra quando ficou triste pela primeira vez?

Entrevistada: Não. A depressão me pegou de repente. Não esperava. Estava trabalhando. Sem perceber. Descobri a diabetes há três anos. Não tinha tristeza.

Pesquisadora: Já foi no CAPS?

Entrevistada: Não.

Filha da entrevista: É um que fica na cidade nova?

Entrevistada; sim. Eu pego remédio lá. Às vezes tenho vontade de morrer. Teve uma vez que a médica do posto esteve aqui para fazer uma visita e eu estava jogada em uma cama. A médica me viu mês passado e achou que estou melhor. Diminuiu a medicação.

Paciente 02

Dados do prontuário

1 - Nome: O. S. de J.

2 - Sexo: Masculino

3 – Data de nascimento: 12/01/1959 (59 anos)

4 – Raça/Cor: Parda

5 – Data da internação: 13/07/2017 a 23/07/2017 (10 dias)

6 - CID: F29 – Transtorno misto da conduta e das emoções não especificados

7 - Procedimento principal: Tratamento clínico em SM em situações de risco elevado de suicídio

8 - Médico: F. A. de A. J.

9 - Medicação: Haldol 5mg de 12/12hs

Fenergan 25mg de 12/12hs

Carbamazepina 200mg 8/8hs

Diazepam 10mg à noite

Haldol e Fenergan 1 ampola

10 – Registro da equipe multidisciplinar: Chega ao hospital trazido pelo SAMU, estava causando tumulto na via pública. No registro de enfermagem encontramos contenção, agitação e inquietação do paciente. Foi melhorando com a passar dos dias lentamente. A maioria do tempo queria ficar deambulando pelo hospital. A família relata que o mesmo vivia em SP. Já tinha tido problemas mentais lá, mas estava sem tomar a medicação e fez

uso de bebida alcoólica. O psiquiatra registra agitação psicomotora e transtorno psicótico. No decimo dia da internação o psiquiatra aumenta a dose de haldol. No dia 21/07/2017 o paciente foi visto por dois psiquiatras, além do que já havia sido consultado. Existe no registro do prontuário mais duas prescrições incluindo medicações e aumentando dosagens diante da agitação do paciente. Dois dias depois o paciente teria alta(repentina). Sai do hospital com a receita prescrita pelo primeiro psiquiatra e sem encaminhamento algum.

11 – Dados da entrevista: A entrevista é feita dia 03/01/20018 às 8:30hs. Fui recebida pela irmã do entrevistado que tinha acabado de acordar. Fala que tem muitas preocupações e trabalho com o irmão, além dos cuidados que precisa dispensar para a mãe de 83 anos.

A entrevista

Pesquisadora: Como você foi tratado durante sua internação no regional?

Entrevistado: Eu fui tratado bem, graças a Deus.

Pesquisadora: Como assim, “bem”?

Entrevistado: Medicamentos, sei lá. Fui para o hospital, tive uma discussão com uma mulher aqui, os policiais me deram uma surra e me levaram. Quando cheguei lá, falaram que eu estava doido. Se eu estava com problema mental, eu não sei. Para mim estava normal. Os policiais bateram muito em mim.

Pesquisadora: Lembra de como você chegou no hospital?

Entrevistado: Não lembro muito.

Pesquisadora: A partir de que momento você começa a lembrar?

Entrevistado: Desde a hora que eu cheguei. Lembro de tudo. Fui para emergência, tomei injeção.

Pesquisadora: Você estava agitado nessa hora?

Entrevistado: Acredito que sim, pois me amarraram. Fiquei no corredor na maca. Fiquei ali, tomando a medicação, os dias foram passando e foi melhorando. E em 10 dias me liberaram.

Pesquisadora: Você já tomava essas medicações?

Entrevistado: Não. Nunca tomei. Quer dizer, eu já tive uns problemas antes em SP, fui internado e foi passado os mesmos medicamentos que passaram aqui. Só que eu não tomo nada. São quatros tipos de comprimido, mas não tomo nada, está tudo aí. Para mim eu estou normal e de vez em quando tomo para dormi, de vez em quando.

Pesquisadora: Em SP, o que aconteceu?

Entrevistado: Morei 27 anos em SP. Lá tive um problema, minha cabeça virou para trás e fiquei doido mesmo. Fiquei internado numa clínica de recuperação e depois num hospital. Melhorei um pouco e vim para Ilhéus. Chegando aqui fiquei bem, mas comecei a ficar sem dormir e tal. Queria pegar o estacionamento para tomar conta. Só que a mulher falou que já tinha muito tempo que os clientes delas estavam ali e ela não queria ninguém cobrando estacionamento. Só que ela é assim com os policiais e no dia que chegou lá cobrando e ela chegou reclamando e eu disse que o restaurante dela é dali para lá, comecei a discutir com ela e quando vi os policiais da CAERC chegando. Aí nesse dia todo mundo falou que eu estava agitado, mas se é loucura eu não sei.

Pesquisadora: Você acha que sua agitação é o quê?

Entrevistado: Não sei. Tem três meses que estou melhor.

Pesquisadora: Depois disso você foi em outro médico?

Entrevistado: Não.

Pesquisadora: A crise em SP foi a primeira?

Entrevistado: Sim, há mais ou menos três meses.

Pesquisadora: E como foi no regional?

Entrevistado: Fiquei no corredor cinco dias, depois fui para o quarto, mas também cheio de gente. Era praticamente um corredor.

Pesquisadora: Quando teve alta, saiu com alguma receita?

Entrevistado: Sim. Busco na farmácia da prefeitura. Os remédios, tomo do meu jeito, porque se tomar do jeito que o médico passou, fico muito mole, não consigo fazer nada. Dorme, levanta. Isso eu não quero, não.

Pesquisadora: O que você gosta de fazer?

Entrevistado: Ando pelo bairro. Esse ano vou frequentar o CAPS.

Pesquisadora: Vai frequentar por conta própria?

Entrevistado: Sim. Fui lá e o pessoal disse que caiu umas telhas e parece que vão se mudar.

Pesquisadora: E como você ficou sabendo do CAPS?

Entrevistado: O pessoal do centro POP que falou. [A irmã diz que ele vai todo dia a esse centro, em outro bairro].

Paciente 03

Dados do prontuário:

1 - Nome: M. de J. dos S.

2 – Sexo: Feminino

3 – Cor: Parda

4 – Data de nascimento: 16/02/1988 (29 anos)

5 – Período dos internamentos:

Primeiro: 23/12/2016-13/01/2017 (21 dias) - Evadiu

Segundo: 15/01/2017-28/01/2017 (23 dias) Alta

Terceiro: 02/01/2017-06/02/2017 (4 dias) Transferência para Salvador

6 – CID: F09 transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado

7 – Procedimento principal: tratamento clínico para contenção de comportamento desorganizado e/ou disruptivo.

8 – Médico: F. A. de A. J.

9 – Medicação: Haldol 5 – 2 im

Fenergan 50 1im

Amplictil 25 – 1im

Amplictil 100 1 com 12/12

Fenergan 25 – 1 com – 12/12

Tegretol 200 – 1 com 8/8

Caborlitium 300 – 1 com 12/12

Diazepam 10 1 comp. 12/12

Repetir itens 01-02-03 caso precise

10 – Registro da equipe multidisciplinar: trazida pelo SAMU pois estava em via pública desorientada e agitada. Foi contida a maior parte do tempo. Depois de alguns dias foi isolada em um leito. A equipe de enfermagem relata que a paciente está a todo tempo logorréica, agitada, deambulando, tomando banho várias vezes. Em uma ocasião foi registrado o aparecimento de um hematoma no olho, mas não houve nenhum questionamento sobre isso. No registro do serviço de psicologia aparece a tentativa de junto com a equipe de assistente social resolver o problema psicossocial, sem sucesso. A paciente solicita o serviço de psicologia e parece fazer um bom vínculo.

11 – Dados da entrevista: A entrevista foi feita dia 04/01/2018. No dia 28/12/2017, depois de ir no endereço indicado no prontuário, fico sabendo que Mirian não mora mais lá. A vizinha passa a informação que a casa foi abandonada pela família e Mirian está com uma pessoa que resolveu abrigá-la. Fornece o nome e um possível endereço. Sigo para lá. Encontro Ana, a pessoa que tem ajudado Mirian, a mesma me leva na casa que alugou para mesma e conta que está com perícia marcada para fev./2018 no INSS. Por enquanto é ela que tem ajudado Mirian. Ela me acompanha no endereço de Mirian e não a encontramos lá. Vamos a outros possíveis endereço que Mirian pode estar. Nada. Combino volta na próxima semana. No dia 04/01/2018 vou direto no endereço de Mirian,

tem uma janela aberta. Bato na porta e sou recebida pela própria. Identifico-me e antes de ligar o gravador, ela fala da péssima experiência que teve no regional. Após a assinatura do termo, começamos a entrevista.

A entrevista

Pesquisadora: Fale como foi seu tratamento no regional.

Entrevistada: Pois é, as pessoas me amarravam. Teve um técnico de enfermagem que me amarrou sem eu comer nada. Comeu minha comida. Aí consegui me soltar, ele mentiu para mim, dizendo que eu ia tomar banho. Aí ele puxou a atadura que estava no meu braço. Depois foi a psicóloga que me ajudou.

Pesquisadora: Você sabe quem é essa pessoa?

Entrevistada: Sei.

Pesquisadora: Você passou quantos dias no regional?

Entrevistada: Não lembro. De lá eu fui para Salvador.

Pesquisadora: Você foi para que hospital em Salvador?

Entrevistada: Não lembro.

Pesquisadora: Ficou quantos dias lá?

Entrevistada: Um mês. Lá todo mundo me tratava bem, eu ajudava as pessoas lá.

Pesquisadora: No regional, o que foi pior?

Entrevistada: Ficar amarrada e não poder fazer as necessidades.

Pesquisadora: E o que é que você tem?

Entrevistada: Eu tenho depressão bipolar.

Pesquisadora: Desde de quanto tempo?

Entrevistada: 2007. Desde de 2007 não, desde 2005.

Pesquisadora: Lembra da primeira vez que teve a crise?

Entrevistada? Foi com a morte dos meus pais. Primeiro meu pai em 2005 e em 2007 minha mãe. Mas eu tenho memória deles. Foi um baque terrível, amava muito eles.

Pesquisadora: Você foi internada no regional o ano passado três vezes?

Entrevistada: Sim e todas às vezes eles me amarravam e me agrediam fisicamente. Os técnicos de lá. Um deles me deu um soco no olho. Eu queria tomar banho e ele me deu um murro. Eu caí. Bata mais, bata. Eu saí correndo para sala do diretor.

Pesquisadora: E como você está hoje?

Entrevistada: Ana (uma conhecida) tem cuidado de mim. Alugou essa casa para mim. Antes de ir para Salvador eu morava na rua.

Pesquisadora: E as medicações?

Entrevistada: Eu mesmo tomo. Tomo três pela manhã, um à tarde e cinco à noite.

Pesquisadora: A medicação lhe ajuda?

Entrevistada: Sim. Se eu não tomar eu não fico assim. Todo mundo tem medo de mim. Fico agitada. Agressiva, bato em todo mundo. Antes de vir morar aqui, morava na rua. Minha mãe biológica não gosta de mim porque tenho problema. Jogava água no sofá que eu dormia. Já me queimou de café, me batia. Minha mãe não quer conversa comigo e é cristã. Não é da minha igreja, é de outra. Com meus irmãos ela é tranquila. Só a mim que ela não trata bem.

Pesquisadora: Está gostando de morar aqui?

Entrevistada: Sim. Esses colchões são de minha vizinha [aponta para alguns colchões que estão na sala dela]. Gosto da minha casa arrumada.

Pesquisadora: Você conhece o CAPS?

Entrevistada: Sim. Eu frequento o CAPS. Vou no médico de três em três meses. Pego medicação lá. Este mês tem consulta. Vou lá para pegar meu laudo para levar para a perícia em fevereiro.

Pesquisadora: Você teve várias crises de 2005 para cá?

Entrevistada: Várias. No antigo manicômio do regional (anexo fechado em 2013) fui internada várias vezes. Era direto eu lá.

Pesquisadora: No anexo você foi bem tratada?

Entrevistada: Não. Foi lá que eu fui estuprada por um técnico. Me amarraram e uma técnica me deu uma injeção, eu apaguei. E aí ele me estuprou. Quando acordei estava toda suja de “gala”. Lembranças tristes.

Pesquisadora: Você tem filhos?

Entrevistada: Tenho um [mostra a foto]. Fica com o pai. A guarda estava comigo, mas eu perdi quando entrei em crise. O nome dele é Ismael. Foi o pai que deu esse nome.

Pesquisadora: Você vê seu filho sempre?

Entrevistada: Todos os dias. A avó teve derrame, e eu vou lá cuidar dela. Tem dois dias que não vou lá. Com esses remédios tenho muito sono. Quando você chegou eu estava dormindo. Eu lavo a roupa dela. Estou cuidando dela. Ela queria me pagar alguma coisa, mas eu não quero. Eu preciso, mas ela já cuida do meu filho.

Pesquisadora: Você recebe algum benefício do INSS?

Entrevistada: Não. Já dei entrada nos papéis. Ela paga meu aluguel, boião, etc. Ontem ela me deu 70 reais. Antes eu morava na rua.

Pesquisadora: Quanto tempo ficou morando na rua?

Entrevistada: Quando voltei de Salvador morei na rua. Uns três meses.

Pesquisadora: E como foi?

Entrevistada: Muito ruim, não dormia, não tomava remédio, não tomava banho. Lixo nunca peguei. Ficava em um ponto do parque infantil, em frente à padaria. O dono me dava pão, suco de manhã. Quando era de tarde me dava bolo. Aí fiquei na casa de uma pessoa por dezessete dias, quando ela disse que eu não poderia ficar mais lá. Aí vim para casa de Ana, sexta de noite, estava chovendo. Aí ela me convidou para ficar na casa dela. Fiquei lá uma semana. Depois ela precisava ir para Salvador, aí ela alugou uma primeira casa, mas tinha muito rato. Eu dormia e subia até na minha cama. Depois alugou aqui. É bom. Tem banheiro dentro. Na outra casa o banheiro era fora da casa e para todo mundo. Só tinha eu de mulher. Tinha um homem ousado.

Pesquisadora: Voltando ao regional, o que mais você lembra?

Entrevistada: Foi muito ruim. Tinha uma psicóloga que me acompanhou, gostava dela. Foi ela que não deixou ele me maltratar mais. Ela dizia: “é assim que você trata uma paciente? Desamarre ela”. Conte para ela que ele tinha comido minha comida, não queria que eu tomasse banho. Ela pegou comida para mim e ficou comigo um pouco (pergunta sobre a psicóloga).

Pesquisadora: E tem mais alguma coisa que você queira falar sobre o regional.

Entrevistada: Não. Tive um acidente e perdi os dentes.

Pesquisadora: Como foi?

Entrevistada: Estava no Iguape, estava incrível, sem tomar os remédios um bocado de dias. Estava morando com um homem. Fui atravessar a rua e o carro me pegou. A ambulância chegou na mesma hora. Parece que ela estava atrás do carro. Fui levada para o regional. Perdi três dentes. Esse aqui eu já tinha perdido. Quando estava internada no regional, fui tentar me desamarrar com o dente.

Pesquisadora: E a pessoa que lhe atropelou, você sabe quem é?

Entrevistada: Não. Ele me atropelou e correu. Fiquei sem comer. Minha língua entrou. O médico puxou.

Pesquisadora: Você conhece o CAPS?

Entrevistada: Vou de vez em quando. Gosto de artesanato. Vou mais para consulta. Tomando o remédio fico bem.

Pesquisadora: Tem mais algo que queira falar?

Entrevistada: Não. Do regional não gostei, não. Quando fiquei internada no manicômio, as pacientes me batiam. Ficava a tarde toda amarrada. Não gostei, não. Eu dei graças a Deus que o regional foi para bem longe [o “regional” fechou e foi inaugurado um hospital estadual distante do centro da cidade].

Paciente 04

Dados do prontuário

1 – Nome: V. J. de J.

2 – Sexo: Masculino

3 – Raça/cor: Amarela

4 – Data de nascimento: 20/05/1976 (41 anos)

5 – Período de internamento: 14/04/2017 a 23/04/2017 (9 dias)

6 - CID: J189 (pneumonia não especificada)

7 – Procedimento: Paciente psiquiátrico evoluindo com agitação/surto psicótico mais tosse produtiva.

8 – Médico: I. G. A.

9 – Medicamentos psiquiátricos (médico clínico): Haldol 5mg 12/12horas

Fenergan 25mg IN 8/8horas

Medicações psiquiátricas (primeiro psiquiatra): Haldol 5mg IM 12/12

Amplictil 100mg VO 12/12h

Fenergan 25mg VO 12/12h

Tegretol 200mg VO 12/12h

Medicações psiquiátricas (segundo psiquiatra): Haloperidol 05mg, IM, 6/6h

Prometazina 50mg, IM, 12/12h

Clorpromazina 100mg, VO à

noite

Obs. - No outro dia da internação voltou a medicação anterior e assim continuou a alternância de prescrição até o momento da alta.

10 – Registro da equipe multidisciplinar: A enfermagem regista que o paciente chegou pelo SAMU, encontrado em domicílio, muito agressivo e portando uma arma branca e já contido pelos policiais. Sem acompanhante. A todo tempo o paciente não quer se comunicar. Tem uma tosse produtiva. Não responde em momento algum as solicitações verbais. Passa muito tempo contido no leito. Recusa a medicação. Resiste aos cuidados da enfermagem em alguns momentos. Não interage com a equipe hora alguma. Durante toda internação o paciente ficou contido em uma maca. Na maioria dos dias do internamento, o paciente estava desacompanhado. No dia da alta, a ambulância junto com um técnico de enfermagem o leva para sua residência.

11 – Dados da entrevista: no dia 28/12/2017 encontro o endereço de Valdomiro com uma certa dificuldade, mas chegando na rua de sua residência, os vizinhos o conhecem e logo me advertem que ele é muito perigoso. Vive recluso em casa com mais dois irmãos, provavelmente com problemas também. Uma vizinha recomenda que eu não me aproxime. Chego a casa e chamo, depois de um tempo, um dos irmãos me atende. A casa muito insalubre e toda fechada. Ele dá informações imprecisas sobre Valdomiro e explica

onde é a casa da irmã. Não se mostra muito interessado em desenvolver uma conversa. Respeito e saio. No dia 03/01/2018 retorno ao endereço. Mais uma vez o irmão aparece, mais assustado e menos receptivo. Duas crianças que estavam perto começam a dizer que ele é muito perigoso. “Ontem mostrou a bunda para as pessoas, o outro vizinho bateu nele”. Na rua todos tem medo dele. Pergunto onde é a casa da irmã dele. Eles se propõem a me levar. Caminhamos um pouco e chegamos. Somos bem recebidos.

A entrevistada

Pesquisadora: Como foram os dias de internamento do seu irmão no regional?

Entrevistada: Em uns pontos ele ficou calmo, mas em outros ele bateu em umas três mulheres lá dentro. Ficamos no corredor, não tinha quarto para colocar.

Pesquisadora: O tempo todo no corredor?

Entrevistada: Sim. Eu cochilava na cadeira mesmo. Saía de casa 5:30 da tarde e só retornava no outro dia.

Pesquisadora: O que você achou do tratamento?

Entrevistada: Nuns tempos ele estava calmo e outras não.

Pesquisadora: Sim, mas o que você achou do tratamento no regional?

Entrevistada: Todo mundo tratou bem ele.

Pesquisadora: Ele foi atendido por um psiquiatra?

Entrevistada: Sim, mas não fizeram nenhum exame nele, ninguém fez exames nele. Falaram que ele estava com uma doença, mas não fizeram exame nenhum. Nem de sangue, nem de fezes, nem de urina. Depois que ele veio para casa, a gente descobriu que ele tinha “leucemia”.

Pesquisadora: O psiquiatra passou a medicação para ele?

Entrevistada: Sim, a mesma que ele toma em casa.

Pesquisadora: Ele está tomando?

Pesquisadora: Sim, mas eu e meus irmãos estamos achando que a medicação está fraca. Não estamos querendo dar mais forte. Tem um mês que ele está muito agressivo.

Pesquisadora: Foi a primeira vez que aconteceu com ele?

Entrevistada: Não. Ele teve um negócio que dá que ele fica muito, muito agressivo. Um primeiro surto. E agora surtou querendo acabar com tudo. O médico passou um remédio, meu irmão comprou duas caixas e eu esqueci o nome do remédio. Joga tudo fora, prato, até a roupa de meu irmão de trabalho jogou no lixo. Eu não estou podendo nem entrar na casa, está tudo bagunçado.

Pesquisadora: Quantos irmãos moram na casa?

Entrevistada: Quatro com ele. Comigo cinco, mas eu não moro lá. Se morasse não iria aguentar.

Pesquisadora: Da família ele é o único que tem esses problemas?

Entrevistada: Na família tem ele e tem o outro que tem depressão. Semana passada ele atacou Valdomiro (o que tem depressão). Antes eu ainda ia lá, limpava e cozinhava, mas agora não tem como.

Pesquisadora: Depois do hospital vocês já foram em outro serviço de saúde?

Entrevistada: Não. Mandaram a gente levar ele no CAPS, mas não tem como levar. Ele é muito agressivo. A pessoa que ele tem mais raiva sou eu. Eu não posso pegar ele pelo braço. Ele é um adulto, se fosse um menino. Ele é um adulto, tem 40 anos. Elas queriam que eu levasse ele todos os dias. Não dá. Ele tem que ficar quase normal para eu levar todo dia. Vai fazer um mês que ele está agitado. Esta semana o rapaz bateu nele, machucou as “perebas” dele que ele pegou no regional usando fraldas.

Pesquisadora: Ele tem benefício?

Entrevistada: Ele tem. Estamos vemos um lugar em Itabuna para ele ir. A gente iria pegar ele nos finais de semana. Tem três aqui que foram. Tem umas mulheres que levaria comida para ele. Itabuna também é muito longe, eu não conseguiria ir lá.

Pesquisadora: No regional ficou amarrado?

Entrevistada: Sim. Só ficava amarrado. Ficou 15 dias amarrado. Os remédios não faziam efeito. Meu irmão que trabalhava, às vezes fica sem trabalhar. O que tem depressão está querendo se aposentar e tem o outro irmão com HIV. São quatro. É ele que recebe a comida que levo. Ontem fui lá para limpar, e Valdomiro estava muito agitado. Eu não enfrento. Nós vive assim nesse sofrimento.

Pesquisadora: A primeira vez que Valdomiro deu problema, ele tinha quantos anos?

Entrevistada: Ele trabalhava numa oficina e teve o surto. Tens uns seis meses que teve o primeiro surto. Ele quebrando tudo. Chamamos o SAMU que não quis pegar ele. Chamaram a polícia. Jogaram uma geladeira, fogão em cima dele, ele ficou todo ferido. Ele é muito agressivo quando ataca. É fraquinho, mas na crise ninguém enfrenta ele porque tem medo. Ele só foi para o regional porque o SAMU que levou. Eu não fui dentro. Fui andando.

Pesquisadora: O tempo que ficou no regional, ficou agitado?

Entrevistada: Sim. Um dia que vim pegar umas roupas, ele deu dois muros em uma mulher no regional. É difícil demais. Meu irmão às vezes diz que vai fazer alguma coisa com ele. Não tem como levar ele para CAPS nenhum. Nós não fazemos nada com ele assim. Ele era normal. Nunca casou e nem tem filho. Tem horas que nos liga e tem horas que a gente deixa ele lá e ele se acalma. A gente fica muito preocupados. De noite quando deito, fico com medo dele fazer uma arte neles. Falo com eles para correrem quando ele fica agitado. Ele disse que precisa dar um jeito. Tem três semanas que ele não quer tomar remédio. Meu irmão está muito preocupado. Ele não quer tomar o remédio.

Pesquisadora: Onde você pega os remédios?

Entrevistada: A mulher aqui da frente me dá. Outra mulher me deu também. Trago tudo e deixo aqui. Não deixo levar todas as medicações. A gente não está aguentando mais não. Esses dias veio uma mulher, não sei se foi a senhora ou se foi outra, do CREAS. Eu tinha ido lá. Conversei com ela que as pessoas estavam fazendo perversidade com esse menino, eu estou vendo a hora de matarem esse menino. Outro dia foi uma outra mulher que me atendeu lá. E disse: esses casos assim leva um ano, dois anos. Aí não fui mais lá. Aí fui no juiz que disse para eu não entrar mais na casa. Ele tem raiva de mim e eu sou mulher. Só entro quando ele está dormindo. Ontem ele estava andando até nu. O vizinho foi lá e bateu nele. Meu irmão que trabalha está chateado. Ele é igual uma criança. Quando está melhor anda muito. A gente até pensa que ele não vai voltar. Ele sabe ir para casa.

Pesquisadora: Voltando ao regional, o que você achou do tratamento?

Entrevistada: Deu um pouco de paz, mas ainda temos o problema. E agora que o regional saiu daí. Não sei o que vamos fazer. Não sei como a gente vai fazer. Sei que a gente é que não está aguentando

Paciente 05

Dados do prontuário

1 - Nome: U. de J. N.

2 – Sexo: Masculino

3 – Cor: Parda

4 – Data de Nascimento: 11/07/1990 (27 anos)

5 – Internamento e alta: 07/10/2017 a 16/10/2017 (9 dias)

6 – CID: F29 – Psicose não orgânica, não especificada

7 – Procedimento principal: tratamento clínico em saúde mental em situação de risco elevado de suicídio

8 – Médico: F. A. de A. J.

9 – Medicação: Haloperidol 5mg 12/12hs

Clorpromazina 100mg 3 vezes ao dia

Diazepam 10mg 12/12hs

Prometazina 25mg 12/12hs

Extra:

Se necessário (agitação psicomotora ou recusa da medicação oral)

Haldol 5mg 1 ampola

Diazepam 10mg 1 ampola

Prometazina 50mg I.M.

10 – Registros do prontuário da equipe: a equipe de enfermagem registra que o paciente chegou ao hospital conduzido pelo SAMU, contido e acompanhado de familiares em surto psicótico. Agressivo. A família diz que ter um ano que ele vem se recusando a tomar medicação. Foi atendido pelo psiquiatra e internado. Durante o período que ficou internado esteve agitado e contido. A partir do quarto dia de internamento apresentou uma certa melhora (mais calmo), porém ainda com períodos de agitação. Segundo esse registro o paciente esteve acompanhado por familiares durante todo período. No registro do psiquiatra aparece alterações na dosagem das medicações. Recebe alta e sai com a receita e um laudo.

11 – Dados da entrevista: Não encontro U. no endereço que consta no prontuário, então telefono para o contato que se encontra na ficha de internamento. É o irmão que atende e passa o endereço e o telefone da mãe. Chego ao local as 8:30hs e a casa está toda fechada. Chamo pelo paciente e vem uma senhora (acordando naquele momento) que se apresenta como mãe dele. Diz que foi dormir tarde fazendo companhia ao filho que estava carente. O mesmo está dormindo, segundo ela, ele sempre acorda mais tarde. Apresento-me e começamos a entrevista.

A entrevista

Pesquisadora: Como é que foi a internação do seu filho no regional?

Entrevistada: Foi (abaixa a voz para não ter a possibilidade de o filho ouvir) muito horrível. Antes eu fazia o acompanhamento dele no regional com Dr. Antônio, no antigo anexo do regional. Depois passei para policlínica do município. Levei mais duas vezes. Depois não consegui mais a consulta, pois disseram que eu teria que ir no posto de saúde. No posto diziam que não tinha cota, não tinha cota e foi ficando difícil. Os remédios que ele tomava já estava comprando por conta própria, com as receitas antigas. Depois minha vizinha conseguiu falar com o médico do posto e aí eu ia pegar as receitas. Depois da primeira crise dele, eu saí do emprego para cuidar dele. E a situação ficou feia. As pessoas me ajudando. Até doente fiquei. Fiquei comendo do que o pessoal estava me dando. Uma situação muito feia. E o pai bebe todo dia. São mais de vinte anos aguentando. Ele chegava bêbado. Não sabia se cuidava dele ou de Uallas. Situação muito terrível. Trabalhava muito durante cinco anos na casa de uma pessoa. Fazia tudo, cuidava das crianças e da casa. Vendia minhas férias. Tive uma decepção muito grande, porque quando fui acertar minhas contas não recebi o que acho que tinha direito. O último dinheiro que peguei foi 70 reais. Não era carteira assinada. Fiquei dependendo dos outros para comer. Meu caçula está em Salvador. O mais velho precisa cuidar da família dele e tem o do meio que é Uallas. Muito terrível. Começou uma situação que ele não queria tomar a medicação. Ele começou a surtar e a me bater. Eu acordava tremendo. Fazia o café, ele acordava e já ia me batendo. Aquela situação.

Pesquisadora: Como ele estava quando foi para o regional?

Entrevistada: Ele surtou me batendo. Chamei minha vizinha que sempre me ajudou com ele. Ela conseguia, às vezes, acalmar ele. Ele me xingando de tudo quanto é coisa. Dizia: “Eu vou lhe matar! Vou matar todo mundo!”.

Pesquisadora: Foi a primeira vez que ele ficou assim?

Entrevistada: Não. Já teve outra vez, mas nunca tinha sido tão violento.

Pesquisadora: Quanto anos de idade ele tinha quando teve a primeira crise?

Entrevistada: Ele tinha uns vinte anos. Na última vez eu já não sabia mais o que fazer. Meu pastor fez uma oração. Minha vizinha também já não sabia o que fazer. O pastor falou: “eu vou orar e Deus vai orientar a irmã porque só Deus. Agora vai ser a irmã e Deus”. Aí eu falando com Deus e pedindo orientação. Sentei no quintal da vizinha e ele aqui xingando, vou matar, vou acontecer. Não sabia o que fazer. De repente a decisão foi tomada. Chamei a polícia com a SAMU. Eu falei: “Deus, que decisão difícil!”. Muito difícil, muito dolorosa, uma cena que me magoa, tem dias que não passo bem com as lembranças. Foi muito difícil. Ele chutou todo mundo. Dói até hoje. Fomos direto para o regional. Antes de chegar, eles me pediram permissão para imobilizar ele. Eu dei a permissão. Meu filho mais velho foi comigo. Uma cena muito feia.

Pesquisadora: E quando chegou lá, como foi?

Entrevistada: Ficou na maca, amarrado. [Ela se emociona e chora um pouco] Eu fiquei com ele. É uma cena que dói até hoje. Tinha que cuidar da minha mãe também. Estava preocupada dele fazer alguma coisa com alguém e com ele próprio. Eu era a mãe, ele batia e ficava por isso mesmo. E os da rua, como seria? Apesar de que, na rua, ele nunca ter atingido ninguém.

Pesquisadora: E a equipe o tratou bem no regional?

Entrevistada: Sim. Apenas uma enfermeira que foi muito bruta. Não sei o nome. Ela começou a apertar demais as ataduras. Eu falei: “Assim não! Ele é meu filho e não permito isso”. Não saía de junto dele para nada. Até para ir no banheiro, era a maior dificuldade. Sempre deixava alguém olhando.

Pesquisadora: Foi a primeira vez que ele foi internado?

Entrevistada: No hospital, foi. Ele foi atendido lá por dois psiquiatras que mudaram a medicação de Dr. Antônio.

Pesquisadora: Depois do regional, ele teve outra consulta com o psiquiatra?

Entrevistada: Não. A medicação que os médicos passaram foi suficiente até agora.

Pesquisadora: E o CAPS?

Entrevistada: O CAPS falou que não poderia me ajudar, fui lá. A não ser se o médico psiquiatra tivesse passado ele direto para o CAPS. Parece que Dr. Antônio atende lá. Mas eu não gostei da consulta dele, ele atende muito mal, é bruto, não dá para tirar dúvidas.

Pesquisadora: Algum médico já deu o diagnóstico dele?

Entrevistada: Ele falou que ele é autista e esquizofrênico, porque ele ouve vozes.

Pesquisadora: Tem alguém da família que tem esse problema?

Entrevistada: Não. Ele é o primeiro. (Pega a receita e um papel que uma pessoa do CAPS fez com os horários da medicação). A injeção estava tomando, mas acabou. Eu reduzo e aumento a medicação dele por conta própria.

Pesquisadora: Tem posto de saúde aqui no bairro?

Entrevistada: Sim. Mas não consigo vaga. Por exemplo: quero uma vaga para ele fazer exames de rotina, e nada.

Pesquisadora: Tem agente comunitário?

Entrevistada: Tem seu Miro, mas ele é de outra área. O médico psiquiatra do regional me deu uma receita com o encaminhamento para o CAPS, mas não adiantou nada. Quando cheguei lá, nada. A pessoa foi muito educada, mas o médico que iria atendê-lo era Dr. Antônio, então não fiz muita questão. Dr. Antônio não admitia nenhuma pergunta. Às vezes eu aumentava a dose por conta própria. Quando eu falei com ele para trocar os medicamentos, ele disse que o médico era ele. Eu estou medicando ele assim, tirando a injeção. Esse mês não tenho mais receita. Ou pago uma consulta com um psiquiatra ou levo ele no médico clínico aqui no posto para renovar a receita.

Pesquisadora: Como ele ficou na primeira vez que teve a crise?

Entrevistada: Sem dormir, delirando, dizia que tinha matado algumas pessoas, mas não ficou agressivo. Eu chamei ele para ir ao médico. Ele aceitou. Foi quando fomos no ambulatório de psiquiatria do regional. Às vezes acordava e dizia que queria fazer os pagamentos das lojas que tinha. Eu ficava com muito medo.

Pesquisadora: Ele lembra do que acontece na crise?

Entrevistada: Acho que não. Ele fala que foi mentira. Hoje ele brinca com os meninos aqui na frente. Ele toma o remédio primeiro e depois ele vai. Eu confio no Haldol e na injeção. Ele fica tranquilo. Eu não deixo ele sair sozinho. Uma vez ele saiu sozinho e não voltou. Fui pegar ele na rodoviária. Ele agora está fatigado sem sair. Mas não deixo ele sair sozinho.

Pesquisadora: Ele recebe benefício?

Entrevistada: Agora sim, mas ele não sabe. Ele já usou drogas no passado e não quero que ele saiba. Ele teve decepções amorosas. Ele se envenenou três vezes. Eu sei quando ele está na pré-crise. Fica sem querer sair.

Obs. Como Uallas continuava dormindo, combinei com a mãe e retornei mais tarde, no mesmo dia. Encontrei Uallas acordado e receptivo.

Pesquisadora: Como foi seu internamento no regional?

Entrevistado: Foi, foi.

Pesquisadora: Você lembra de quando chegou no regional, como você estava?

Entrevistado: Agitado. Rapaz, não lembro bem.

Pesquisadora: As enfermeiras cuidaram de você?

Entrevistado: Cuidaram.

Pesquisadora: E qual foi o médico que lhe atendeu?

Entrevistado: Lembro do rosto dele, mas do nome não. Ele conversou comigo.

Pesquisadora: Gostou do tratamento no regional?

Entrevistado: Gostei.

Paciente 06

Dados do prontuário

1 - Nome: U. L. S. J.

2 - Sexo: Masculino

3 - Cor: Parda

4 - Data de nascimento: 26/03/1998 (19 anos)

5 - Data do internamento e da alta: 02/03/2017 a 07/04/2017 (35 dias)

6 - CID: F23.9 - Transtorno psicótico agudo e transitório não-especificado

7 - Procedimento principal: tratamento clínico em mental em situação de risco elevado de suicídio.

8 - Médico: Maria Alice dos Santos Reis

9 - Medicação: Risperidona 06mg/d

Quetiapina 100mg/d

Sertralina 50mg/d

Levomepromazina 100mg/d

Clorpromazina 100mg/d

Diazepam 10ms/d

10 - Registros do prontuário: a equipe de enfermagem relata oscilação do paciente entre períodos de calma e agitação. Tentou evadir do hospital 3 vezes. Ficou contido muitas vezes. Agrediu a avó e o pai. Muitos períodos de desorientação e delírio. O psiquiatra fez vários ajustes de medicação. Há uma relativa melhora do quadro, porém a única solução encontrada foi transferi-lo para outro hospital psiquiátrico Afrânio Peixoto em Vitória da Conquista. A psicóloga do setor relata que U. apresenta pensamento deliroide e confuso e um desejo constante em ir embora do hospital. Inicialmente ela teve uma baixa adesão dos familiares a abordagem psicológica, mas depois conseguiu estabelecer um vínculo e colher mais informações.

11 – Dados da entrevista: Fui ao endereço do paciente três vezes. Na primeira a família não estava em casa, na segunda estavam todos dormindo (período da manhã) e na última precisei esperar Wallace, mais ou menos uma hora para acordar. A entrevista foi feita com o paciente e com a madrastra.

A entrevista

Pesquisadora: Queria que você me dissesse como foi seu internamento no Regional.

Entrevistado: Acordava, tomava café, tomava banho, voltava para cama, depois almoçava, jantava e dormia.

Pesquisadora: E você foi para lá por quê? O que você sentiu?

Entrevistado: Nada. Meu pai que me levou.

Pesquisadora: Quanto tempo tem que você ficou internado?

Entrevistado: Uns quatro meses. Fiquei em uma maca dentro do quarto.

Pesquisadora: Teve consulta com algum médico?

Entrevistado: Sim, mas não lembro o nome.

Pesquisadora: O que ele disse que você tinha?

Entrevistado: Nada, não lembro.

Pesquisadora: Tinha acontecido alguma coisa para seu pai lhe levar para o hospital?

Entrevistado: Não sei, não lembro.

Pesquisadora: Quando saiu do regional, ficou tomando alguma medicação?

Entrevistado: Sim.

Pesquisadora: E você sabe para que essa medicação serve?

Entrevistado: Não sei, não conheço o remédio que eles estão me dando.

Pesquisadora: Quer saber para que está tomando a medicação?

Entrevistado: Tanto faz.

Pesquisadora: Sente diferença com o remédio?

Entrevistado: Não.

Pesquisadora: O que você gosta de fazer?

Entrevistado: Surfar.

Pesquisadora: Está estudando?

Entrevistado: Não. Estudava no colégio Impacto. Estava muito difícil. Fui para um colégio mais fraco achando que ia conseguir, mas não consegui.

Pesquisadora: Quer voltar a estudar?

Entrevistado: Como, se estou doente?

Pesquisadora: De que você está doente?

Entrevistado: Meu pai falou que é preguiça que eu tenho.

Pesquisadora: E você acha o quê?

Entrevistado: Eu sempre falei a verdade para o meu pai, mas ele não acredita.

Pesquisadora: E qual é a verdade?

Entrevistado: É tudo. Se eu não tiver verdade de falar, eu falo para ele. Por isso que eu me dou muito bem com ele.

Pesquisadora: Tem amigos?

Entrevistado: Tenho um bocado, só não falo.

Pesquisadora: Como você interage com eles?

Entrevistado: Pela internet ou no colégio.

Pesquisadora: Durante o tempo que ficou no regional, algo lhe desagradou?

Entrevistado: Não.

Pesquisadora: Foi bem atendido?

Entrevistado: Sim.

Pesquisadora: Tem alguma lembrança ruim?

Entrevistado: Não.

Pesquisadora: Tem alguma coisa que ache importante me falar?

Entrevistado: Não. Pensei que seria bem pior.

Pesquisadora: Você quer saber o que tem?

Entrevistado: Estava bem, indo para o colégio, aí meu pai falou que eu estava doente. Às vezes, como eu gosto dele e ele gosta de mim, é muito difícil um pai conversar com o filho. Ele falou que eu estava doente, aí eu coloquei na minha cabeça que estou doente.

Pesquisadora: E quando você foi para o regional, você sabia que estava indo para lá?

Entrevistado: Não.

Pesquisadora: Quando você chegou lá, o que você estava sentindo?

Entrevistado: Nada. Tudo que ele fala é para o meu bem, então eu não me preocupo.

Entrevista com a madrasta que estava ao lado do enteado.

Pesquisadora: O que você achou do internamento de U. no regional?

Entrevistada: Horrível. Na primeira vez o rapaz da recepção disse que ali não era lugar para ele, que a gente tinha que procurar outro lugar. Ele foi medicado e voltamos para casa. Quando ele acordou foi pior. Queria pular corda para pegar dinheiro. Foi quando a gente chamou o SAMU. Chegando lá, nós ficamos um tempão esperando ele ser internado. Minha sogra ameaçou chamar a televisão etc. Eles diziam que não era lugar para ele.

Pesquisadora: Eles diziam qual seria o lugar para levá-lo?

Entrevistada: Não. Aqui não tem lugar para levar. Itabuna não tem. A gente explicando que foi o médico que encaminhou ele. Uma pessoa disse que o regional tem quatro vagas obrigatórias para pacientes psiquiátricos. E eles insistiam em dizer que não. Teve uma turma, meu marido, uma prima fez um barulho para conseguir o internamento. Depois de internado, cuidaram dele e toda equipe ficou preocupada com ele. Ele tentou fugir pela porta da frente. Começamos a tentar uma transferência para ele no Afrânio Peixoto. Conhecíamos o hospital. Lá mudaram a medicação dele. Ele já passou por todas as medicações. No regional ficava difícil de acompanhar a medicação. Muitas trocas. No Afrânio ele ficava sendo observado o dia inteiro. Hoje ele não está mais com a medicação do Afrânio. Nós levamos em Dr. André, pagamos uma consulta particular. Em um dia tenho cinco pessoas em uma só. Ele continua com uma confusão mental muito grande e um desânimo.

Paciente 07

Dados do prontuário

1 – Nome: L. V. G. P.

2 – Sexo: Feminino

3 – Cor: Parda

4 – Data de nascimento: 23/08/1990 (27 anos)

5 – Período do internamento: 16/11/2017 a 01/12/2017 (15 dias)

6 – CID: F20- Demência da doença de Pink (o CID não condiz com a denominação)

7 – Procedimento principal: tratamento clínico para contenção de comportamento desorganizado e/ou disruptivo

8 – Médico: F. A. de A. J.

9 – Medicação: Haloperidol 05 mg IM 8 em 8h

Biperideno 02mg VO pela manhã e tarde

Prometazina 50mg IM 12 em 12h

Clorpromazina 100mg VO à noite

Levomepromazina 100mg VO à noite

10 – Registros da equipe multidisciplinar: segundo o SAMU Luana encontrava-se na casa de uma tia, desorientada e agitada. Segundo relato de familiares ela teve depressão pós-parto e tentou matar o filho. A equipe de enfermagem relata que Luana esteve na companhia de familiares, calma, colaborativa, sem queixas. A enfermagem, também, registra uma certa sonolência da paciente alguns momentos do dia. O psiquiatra descreve como um quadro psicótico delirante e com condutas apragmáticas. Evolui com melhora do quadro. A psicóloga faz o acolhimento dela e da família.

11 – Dados da entrevista: no endereço indicado no prontuário a paciente não foi encontrada, mas no registro do SAMU constava um endereço de uma tia que fornece o telefone do marido e de Luana. Consigo falar com o marido que fornece o novo endereço. Chego por volta das 14hs. Luana está com o marido e cuidando do filho mais novo. É muito evasiva e quase monossilábica. O marido participa da entrevista com vigilância.

A entrevista

Pesquisadora: Luana, queria que você me dissesse como foi seu tratamento no regional.

Entrevistada: Rapaz, eu achei bom. Só não gostei das injeções.

Pesquisadora: Quantos dias você ficou lá?

Entrevistada: Não lembro. [Pergunta ao marido.] Lá a gente perde a noção do tempo. Falaram que foi 15, mas pareceu mais.

Pesquisadora: E depois de terem saído de lá, procuraram o psiquiatra?

Entrevistada: Sim, o mesmo do regional, estamos indo particular porque a moça do CAPS disse que vaga só em junho. Ele só atende em Itabuna.

Pesquisadora: Você sabe o que teve?

Entrevistada: Até hoje não entendo o que aconteceu. Eu me pergunto o que aconteceu.

Pesquisadora: Hoje, como está se sentindo?

Entrevistada: Bem, mas gostaria de entender o que aconteceu. Você que é psicóloga, isso pode acontecer de novo? Não entendo o motivo. Eu estou normal. Cuido dos meus filhos. Foi tudo certo.

Marido: O médico facilitou. A gente pagou uma consulta, e ela tem duas para ir sem precisar pagar.

Obs. - Luana estava acompanhada do marido o tempo inteiro durante a entrevista. Muitas vezes, ela o convocava para falar no lugar dela.

Paciente 08

Dados do prontuário

1 – Nome: Caroline Albuquerque Granja dos Santos

2 – Sexo: Feminino

4 – Raça: Amarela

5 – Data de nascimento: 29/06/1994 (25 anos)

6 – Período do Internamento: 30/10/2017 a 13/11/2017 (14 dias)

7 – CID: F32.9: episódio depressivo não especificado

8 – Procedimento principal: Tratamento clínico em saúde mental em situação de risco elevado de suicídio

9 – Médico: Francisco Alexandre de Araújo Jesus

10 – Medicação: Fluoxetina 20mg VO 2x/d

Haldol 05mg meio comp. VO a cada 12h

Biperideno 02mg VO a cada 12h

11 – Registros da equipe multiprofissional: o serviço social relata que a paciente teve comportamentos inadequados durante a internação. Ela se insinuou para uma visita do paciente vizinho. Em uma ocasião ela queria ser liberada para fazer a prova do ENEM, reivindicou por isso, mas não conseguiu a liberação. Segundo o relato do psiquiatra, Luana foi internada após uma tentativa de suicídio. É diagnosticada como depressiva e medicada. A enfermagem diz que a paciente chegou chorosa, consciente e depressiva. Acompanhada por familiares que relataram uma tentativa anterior de suicídio após término de namoro. No primeiro dia de internamento demonstra o desejo de ir para casa. A partir do segundo dia, a paciente mostra-se calma, receptiva e com o constante desejo de ir para casa. No terceiro dia da medicação faz várias queixas: cefaleia e enjoo. Em alguns dias apresenta choro e tristeza. A psicóloga relata que a paciente tem pensamentos pessimistas. Deseja muito sair do hospital e diminuir as medicações. Apesar de poder assinar sua alta, não quer sair sem a receita nem um laudo.

A entrevista

Pesquisadora: O que aconteceu para você ter sido internada no hospital?

Entrevistada: Estava tendo insônia, dificuldade para dormir, uns problemas psicológicos que me fizeram tomar atitudes as quais eu não deveria.

Pesquisadora: O que você achou do tratamento?

Entrevistada: Tudo ótimo, o psiquiatra conversa comigo certinho. Estou achando o tratamento maravilhoso.

Pesquisadora: Encontrou alguma dificuldade?

Entrevistada: Não.

Pesquisadora: Tem alguma coisa do tratamento que não está lhe agradando?

Entrevistada: A única coisa é em relação aos medicamentos.

Pesquisadora: O que você sente quando toma o remédio?

Entrevistada: Sonolenta, fico com o semblante cabisbaixo e esquecimento. Mas eu só tenho a agradecer. Foi tudo certo.

Paciente 09

Dados do prontuário

1 – Nome: A. da S. C. dos S.

2 – Sexo: Feminino

3 – Raça/cor: sem informações/parda

4 – Data de nascimento: 11/07/2001 (16 anos)

5 – Período de internamento: 18/10/2017 a 21/10/2017(três dias)

6 – CID: F32.8 – Outros episódios depressivos

7 – Procedimento principal: tratamento clínico em saúde mental em situação de risco elevado de suicídio

8 – Médico: F. A. de A. J.

9 – Medicações: Fluoxetina 20mg VO à tarde

Diazepam 10mg ½ comprimido à noite

10 – Registro da equipe de enfermagem: o psiquiatra descreve uma sintomatologia depressiva, após uma tentativa de suicídio. Interna, diagnóstica e médica. Segundo a enfermagem a paciente deu entrada na companhia da professora após ingerir 15 comp. de bromoprida. No exame estava orientada, consciente, verbalizando e sonolenta. Foi feita a lavagem gástrica. No segundo dia do internamento, acompanhada pela avó, a paciente apresenta uma alteração no olhar. Segundo ela não está conseguindo controlar a direção do olhar. Quando está olhando para cima, não consegue olhar para outro lugar. É solicitado a avaliação do clínico. A psicóloga encaminha a paciente para psicoterapia na Faculdade de Ilhéus. O serviço de assistência social orienta a avó da necessidade da mãe de Andressa vir acompanhá-la devido a fragilidade de saúde da avó.

11 – Dados da entrevista: fui no endereço três vezes. Na primeira vez não localizei a rua. Na segunda a paciente não estava em casa e na terceira a encontrei. Ela mora com a mãe e a irmã em um condomínio “Minha casa, minha vida”. Estavam as três em casa. Andressa é bastante receptiva.

A entrevista

Pesquisadora: Como foi seu tempo de permanência no regional?

Entrevistada: Por mais que tenha sido um tempo curto, eu achei uma lição para não repetir o ato e pensei em bastante coisa que poderia fazer quando saísse do hospital. Pensei no que eu estava fazendo ali e, também, olhando a situação de outras pessoas que estavam lutando pela vida enquanto eu queria tirar a minha. Depois do corredor, fiquei em um quarto com outras pessoas, todas idosas. Foi uma lição.

Pesquisadora: O que achou do cuidado da equipe com você?

Entrevistada: Fui bem tratada. Tive atenção o tempo todo, porque de 30 em 30 hora eles me perguntavam como eu estava e os acompanhantes de outros pacientes também me deram atenção. Fui bem apoiada.

Pesquisadora: Tem algo desagradável que viveu lá?

Entrevistada: O internamento não é agradável para ninguém. Eu não lembro muito. Lembro que não estava gostando da situação e dos efeitos dos remédios que eu tomei para cometer o suicídio.

Pesquisadora: Foi atendida por um psiquiatra?

Entrevistada: Sim.

Pesquisadora: E quando teve alta do regional, foi encaminhada para outro serviço?

Entrevistada: Tive encaminhamento para o psicólogo, mas não consegui ainda. E, também, saí de lá com a receita de um antidepressivo [fluoxetina].

Pesquisadora: Ainda toma?

Entrevistada: Sim.

Pesquisadora: E como tem conseguido as receitas?

Entrevistada: Ainda não precisei porque tem um mês que saí. [Na verdade, segundo o registro do prontuário, tem três meses que estive internada no hospital].

Pesquisadora: E o que vai fazer quando terminar a medicação?

Entrevistada: Não sei.

Pesquisadora: Você já tem um médico para lhe acompanhar?

Entrevistada: Ainda não. Estou esperando passar a época de festas do verão.

Pesquisadora: E a experiência do regional, o que achou?

Entrevistada: Achei nem boa nem ruim. O que foi ruim foi meu ato e as sequelas que ele trouxe para minha vida. Fora isso, só aprendi.

Paciente 10

Dados do prontuário

1 – Nome: U. M. C. de S.

2 – Sexo: Masculino

3 – Cor: Parda/Raça: Preta

4 – Data de nascimento: 22/01/1978 (39 anos)

5 – Período de internamento: 01/04/2017 a 10/04/2017 (10 dias)

6 – CID: F23.9: Transtorno psicótico agudo e transtorno não especificado.

7 – Procedimento principal: Tratamento clínico para contenção de comportamento desorganizado e/ou disruptivo

8 – Médico: C. C.

9 – Medicações: Haldol 05mg 02 comp a noite

Amplictil 25 1 comp 12/12h

Fenergan 25 – 1 comp 12/12h

Diazepan 10mg

10 - Registro da equipe multidisciplinar: A enfermagem relata que o paciente era acompanhante da esposa que estava internado e começou a apresentar um quadro de agitação psicomotora e precisou ser internado também. Precisou ser contido para “sua própria segurança”. Ficou desorientado e agitado. No mesmo dia foi avaliado pelo psiquiatra que o diagnosticou e medicou. No quarto dia teve uma melhora significativa do quadro. Referindo-se a cefaleia e fraqueza. No momento da alta estava lucido e receptivo. Neste prontuário a letra do psiquiatra é ilegível.

11 – Não teve entrevista. O paciente não foi encontrado. Mora na zona rural de um outro município. Tentei um contato por telefone, sem sucesso.

Paciente 11

Dados do prontuário

1 – Nome: M. M. D. de S.

2 – Sexo: Masculino

3 – Cor: Parda

Raça: Branca

4 – Data de nascimento: 01/12/1960 (57 anos)

5 – Período do internamento: 20/01/2017 a 23/01/2017(três dias)

6 – CID: F103 – Transtorno mentais e comportamento, devido ao uso de álcool – síndrome (estado) de abstinência

7 – Procedimento principal: Tratamento clínico de transtorno mentais e comportamento devido ao uso de álcool.

8 – Médico: M. A.

9 – Medicamentos: sem informação

10 – Registro da equipe multidisciplinar: a enfermagem relata que o paciente deu entrada na emergência trazido pela ambulância da sua cidade, apresentado um quadro de abstinência alcoólica. Segundo os familiares não faz uso da bebida há um mês. Muito sonolento, sem fazer contato e desorientado no tempo e espaço. Após exames e melhora do quadro, é encaminhado para a cidade de origem. A médica diagnosticou etilismo crônico e pico hipertensivo.

11- Não houve entrevista. O paciente é de outra cidade, fiz um contato por telefone. Uma mulher atendeu e se identificou como a viúva, pois esse paciente faleceu.

Paciente 12

Dados do prontuário

1 - Nome: D. F. de S.

2 – Sexo: Feminino

3 – Cor: Parda

4 – Data de nascimento: 14/06/1944 (73 anos)

5 – Período de internamento: 15/02/2017 a 28/02/2017 (13 dias)

6 – CID: F31.2 – transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos

7 – Procedimento principal: tratamento clínico para contenção de comportamento desorganizado e/ou disruptivo

8 – Médico: F. A. de A. J.

9 – Medicação: Carbamazepina 200mg VO 12/12h

Haloperidol 05mg VO 12/12h

Biperideno 02mg VO 12/12h

Prometazina 25mg VO à noite

Clorpromazina 100mg VO à noite

Caso haja recusa em tomar a medicação:

Haldol 1 amp Im 12/12h

Fenergan 1amp Im 12/12h

10 – Registro da equipe multidisciplinar: paciente trazida pelo SAMU, desorientada e desacompanhada. O psiquiatra registra que atendeu a paciente no segundo dia da internação. E segundo familiares ela já tem o histórico de doença mental. Ao exame encontrava-se agitada, psicótica, discurso incoerente e pensamento acelerado. É feito o diagnóstico e internamento pelo psiquiatra. Somente a partir do decimo dia de internamento é que começa a ver a remissão dos sintomas. A equipe de enfermagem relata contenção, agitação, recusar em tomar a medicação e dificuldade em dispensar cuidados aos outros pacientes por conta do comportamento de Deijanira. A enfermagem também relata que na maioria do tempo a paciente encontrou-se desacompanhada de familiares.

11- Não houve entrevista, pois não foi localizado o endereço. As tentativas de contato por telefone foram sem sucesso.

Paciente 13

Dados do prontuário

1 – Nome: J. P. S. de M.

2 – Sexo: Feminino

3 – Raça/cor: Parda

4 – Data de nascimento: 05/08/1991 (26 anos)

5 – Período do internamento: 08/11/2017 a 08/12/2017 (30 dias)

6 – CID: F50.9 – Transtorno de alimentação não especificado

7 – Procedimento principal: diagnostico e/ou atendimento de urgência em clínica médica

8 – Médico(a): A. C. P. A.

9 – Medicação psiquiátrica: Amitriptilina 25mg VO à noite

Fluoxetina 20mg à tarde

10 – Registro da equipe multidisciplinar: a enfermagem relata que paciente deu entrada no hospital em cadeira de rodas queixando-se a dor na lombar. Ficou primeiro em observação. Seguiu calma e consciente. É admitida no posto 03 com os sintomas de inapetência, desanimado, afebril. No segundo dia de internação, após exames recebeu alta da neurologista (exames sem alterações). Aguardando avaliação psiquiátrica. Acompanhada do esposo. E sem intercorrências. Nos dias que se seguem a internação apresenta-se calma, consciente, paralisia nas pernas e queixando-se de dor na lombar. No 25 dia de internamento recebe alta da clínica médica. A paciente e o esposo se recusam a sair do hospital, mesmo com a alta. O serviço social comparece e não consegue que a paciente se retire do hospital. O psiquiatra avalia a paciente com tendência à conversão

(somatização), aponta a importância de outros diagnósticos e psicoterapia. A psicóloga assinala que a paciente tem um humor rebaixado e que a própria relata um histórico de depressão (um episódio com 13 anos de idade, uma tentativa de suicídio em 2015 e dificuldades interpessoais). A paciente apresentou também crença de que está com vários problemas clínicos e deseja tratamento hospitalar. Durante a maioria dos atendimentos com a psicóloga a paciente se mostrou poliqueixosa e irritadiça.

Obs. - É encontrado um outro prontuário da paciente referente a uma internação ocorrida no período de 22/06/2017 a 15/07/2017 (23 dias) com o diagnóstico de acidente vascular cerebral não especificado. Deu entrada no hospital referindo-se a dor, vômitos, paralisia e cefaleia, mas sempre calma e orientada. A hipótese diagnóstica é de somatização. Os exames realizados não apresentam alterações. O psiquiatra prescreve fluoxetina e acompanhamento com psicóloga. A psicóloga inicia o atendimento com a paciente, a mesma afirma que acredita em uma causa orgânica para os seus problemas. A enfermagem relata que a paciente tem várias queixas físicas, inclusive uma dor generalizada. o marido da paciente procura a promotoria para denunciar o atendimento que a paciente estava tendo. O promotor toma as devidas providências no que se refere a defesa do direito à saúde.

11 – Dados da entrevista: Fui a primeira vez no endereço indicado no prontuário, sem sucesso. Na segunda tentativa o vizinho me informou que ela não morava mais lá e indica vagamente onde ela poderá está morando. Sigo para lá. Encontro uma mulher que faz jogo do bicho e ela passa o número de Jessica. Ligo para ela e quando pergunto sobre o internamento no regional, ela responde que nunca se internou lá. Insisto um pouco mais, porém sem êxito.

Paciente 14

Dados do prontuário

1 – Nome: Jorge Silvio Santos

2 – Sexo: Masculino

3 – Raça/cor: Parda

4 – Data de nascimento: 20/12/1948 (69 anos)

5 – Período de internamento: 24/07/2017 a 08/08/2017 (15 dias)

6 - CID: I63.8 – outros infartos cerebrais

7 – Procedimento principal: tratamento de acidente vascular cerebral – AVC – (isquêmico ou hemorrágico agudo).

8 – Médico: Gefferson

9 – Medicação psiquiátrica

10 – Registros da equipe multidisciplinar: no registro do psiquiatra é indicado que o paciente está no terceiro episódio de AVC. Tem o diagnóstico de esquizofrenia (acompanhamento psiquiátrica a anos) e solicitado consulta com neurologista. O paciente

precisa ficar contido no leito em alguns momentos. É indicado para o internamento domiciliar.

11- Não houve entrevista. Fui ao endereço duas vezes sem sucesso. Parecia ter alguém em casa, mas não atendeu a porta.

Paciente 15

1 – Nome: G. A. dos S.

2 – Idade: 26

3 – Período de internamento: 14/10/17 a 06/11/17 (22 dias)

Paciente sem prontuário e com um endereço inexistente.

Paciente 16

Nome: G. S. de J.

Período de internamento: 25/10/2017 a 09/11/17 (15 dias).

Diagnostico: Transtorno bipolar.

Paciente sem prontuário e com um endereço inexistente.