UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE, UNICENTRO
PRO-REITORIA DE PESQUISA E POS-GRADUAÇÃO, PROPESP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR EM DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO – PPGDC

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

As interfaces entre a Saúde Mental e a Justiça: Problematizando as solicitações judiciais em um Centro de Atenção Psicossocial

Aluna: Camila da Silva Eidam de Lima

Orientador: Gustavo Zambenedetti

IRATI-PR

2019

CAMILA DA SILVA EIDAM DE LIMA

As interfaces entre a Saúde Mental e a Justiça: Problematizando as solicitações judiciais em um Centro de Atenção Psicossocial

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, da Universidade Estadual do Centro-Oeste, como requisito para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Comunitário.

Linha de pesquisa: Processos do Desenvolvimento Humano nos Contextos Comunitários.

Orientador: Professor Doutor Gustavo Zambenedetti

IRATI-PR

2019

Catalogação na Publicação
Rede de Bibliotecas da Unicentro

L732i

Lima, Camila da Silva Eidam de.
As interfaces entre a Saúde Mental e a Justiça : problematizando as solicitações judiciais em um Centro de Atenção Psicossocial / Camila da Silva Eidam de Lima -- Irati, 2019.
xv, 87 f. : il. ; 28 cm

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual do Centro-Oeste, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Comunitário. Área de concentração: Desenvolvimento Comunitário, 2019.

Orientador: Gustavo Zambenedetti
Banca examinadora: Gustavo Zambenedetti, Raquel Dorigan de Matos, Rosane Azevedo Neves da Silva
Bibliografia

1. Saúde mental. 2. Justiça. 3. Judicialização da saúde. 4. Rede de Atenção Psicossocial. I. Título. II. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Comunitário.

CDD 360

TERMO DE APROVAÇÃO

CAMILA DA SILVA EIDAM DE LIMA

AS INTERFACES ENTRE A SAÚDE MENTAL E A JUSTIÇA: PROBLEMATIZANDO AS SOLICITAÇÕES JUDICIAIS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Dissertação aprovada em 31/10/2019 como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Curso de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, área de concentração Desenvolvimento Comunitário, da Universidade Estadual do Centro-Oeste, pela seguinte banca examinadora:

Dr. Gustavo Zambenedetti ----- orientador e presidente da banca
Instituição: UNICENTRO

Dr.ª Raquel Dorigan de Matos ---------- examinador interno
Instituição: UNICENTRO

Dr.ª Rosane Azevedo Neves da Silva--------- examinador externo
Instituição: UFRGS

Irati, 31 de outubro de 2019

Agradecimentos

Confesso que ao finalizar este trabalho, estou tomada pelas mais diferentes emoções. Um misto de alívio, orgulho, cansaço mas principalmente de dever cumprido. Isto não está relacionado somente ao título, mas ao papel de pesquisador que em tempos como este que vivemos, torna-se um papel de resistência. Discutir a sociedade, as políticas públicas, estigmas e preconceitos tornam-se mais do que necessários diante da predominância de discursos elitistas, moralistas e excludentes. Meu papel como psicóloga e pesquisadora tem um compromisso social com a igualdade e dignidade de todos que deste meio fazem parte.

Gostaria de iniciar meus agradecimentos à Deus, meus pais, José e Arlete, os quais nunca mediram esforços para me garantir o acesso à educação. Ao meu marido Richard por acreditar no meu potencial. Agradecer aos meus amigos pela paciência e ausência, principalmente à minha amiga Luana por me ajudar em todo o processo, desde oferecendo a casa pra dormir quando precisava estar em Irati ou aguentando minhas angústias diante das dificuldades.

Agradeço imensamente aos meus amigos e colegas do CAPS, Diretoria de Saúde Mental, profissionais do MP, NEP e demais órgãos que disponibilizaram este espaço de construção do meu trabalho.

Agradecer a paciência e serenidade do meu professor orientador, Gustavo, que encanta com seu vasto conhecimento, precisão e dedicação naquilo que faz. Levarei tudo o que me passou para toda vida. Agradecer aos demais professores que também se dispuseram a compartilhar suas experiências. Agradecer aos meus colegas professores da Unicesumar, pelo apoio e incentivo.

Agradeço a disposição da banca, professora Rosane, a qual durante a qualificação se referiu como uma avó. Suas palavras Rosane, dispararam um afeto e um acolhimento extremamente necessários para que eu continuasse. Agradecer a imensa contribuição da Professora Cristina, competente, dedicada e amorosa com todos os alunos do programa. Meu agradecimento e admiração pela professora Raquel que prontamente atendeu ao convite e se dispôs a ajudar.

Encerro aqui minha caminhada na Unicentro, na qual entrei em 2007, com 17 anos almejando a graduação em psicologia e hoje, aos 30 anos, satisfeita com as escolhas que fiz e com um imenso orgulho de ter feito parte desta história. Apesar dos tempos sombrios que vivenciamos, espero que as universidades públicas com seus professores e alunos tenham o devido reconhecimento e respeito que merecem e que a luta pelos direitos humanos, dignidade, igualdade e diversidade continue.

"É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade."

Nise da Silveira

RESUMO

A constituição federal, promulgada em 1988, garante a saúde como um direito de todos os cidadãos. Apesar disso, nem sempre este direito é assegurado espontaneamente pelo sistema de saúde, sendo seu acesso intermediado pela justiça. É necessário considerar que o acesso à saúde é perpassado por diferentes interesses, por vezes conflituosos, justificando tornar-se objeto de análise. O presente trabalho visa conhecer como se dão as interfaces entre os serviços judiciais e os serviços municipais de saúde mental de um município do interior do Estado do Paraná. Foi realizada uma pesquisa com abordagem qualitativa, sob o viés da análise institucional. A produção de dados foi realizada através da observação participante em uma reunião entre trabalhadores dos serviços de saúde mental e do Ministério Público, de entrevistas semiestruturadas e de levantamento dos ofícios recebidos no CAPS II entre os anos de 2017 e 2018. Os resultados indicaram a existência de 181 ofícios recebidos pelo CAPS II entre os anos de 2017 e 2018, provenientes do Ministério Público, do Tribunal de Justiça, da Secretaria de Segurança Pública e da Justiça Federal. Tais ofícios versam sobre: solicitação de visita e informação; solicitação de informações sobre o andamento do caso; solicitação de atendimento; tratamento como sentença; reclamações; solicitação de cópia de prontuário; solicitação de avaliação psicológica ou psiquiátrica. A realização de reuniões foi descontinuada durante a realização do campo de pesquisa, em decorrência de mudanças ocorridas no MP. Apesar disso, ela foi indicada como importante dispositivo de articulação entre justiça e saúde. Foi possível identificar tanto aspectos instituídos e burocratizados como forças instituíntes nas relações entre a saúde mental e o MP, destacando-se a articulação entre os serviços de saúde mental e o Ministério Público a partir de criação de reuniões periódicas, permitindo uma maior aproximação e conhecimento dos serviços e do trabalho em rede. Considera-se por fim, a importância da cooperação entre as diferentes instituições como forma efetiva de maior apoio no tratamento de casos complexos de pessoas com transtornos mentais. Deste modo, as relações entre o Ministério Público e os serviços de saúde mental vem atuando em prol

do cuidado em liberdade, consoante aos princípios da atenção psicossocial e da reforma psiquiátrica, fortalecendo esta perspectiva de cuidado.

Palavras-chave: Saúde mental, justiça, Judicialização da saúde, Rede de Atenção Psicossocial

ABSTRACT

The federal constitution, promulgated in 1988, ensure health like a right for everyone. This way, it´s common the justice interven on the public services,to assue the access to this right, mainly the mental health care. This search intend to know how is the relation between justice and mental health services in a city of Paraná State with a qualitative characterThe metodology used to production of dados was participant observation in a meeting with justice and mental health workers, semi-sructered interview and data collection in offices received between the years 2017 and 2018 in the CAPS II service. To analizy the data, was used Institucional Analysis concepts, to know how the work process impact on them and how this reflect on the service provided to community. The results show the articulation between mental health services and the justice with the aproximation and a knowledge about the network. Consider then, the importance of the network and intersectoriality as a support for the job. That way, consider the public ministery working for the liberty like the mental health services, with the same proposal of work.

Keywords: Mental Health, justice, judicialization of health, Psychosocial network

LISTA DE ABREVIAÇÕES

AB: Atenção Básica

AIDS: Acquired Immunodeficiency Syndrome

ACS: Agente comunitário de saúde

ASM: Ambulatório de Saúde Mental

CAPS II: Centro de Atenção Psicossocial II

CAPS AD: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e drogas

CAPS IJ: Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil

CRAS: Centro de referência em assistência social

CNJ: Conselho Nacional de Justiça

ESF: Estratégia de Saúde da Família

FMS: Fundação Municipal de Saúde

HIV: Vírus da imunodeficiência humana

HSC: Hospital São Camilo

JF: Justiça Federal

MP: Ministério Público

MPF Ministério Público Federal

NASF: Núcleo de apoio à Saúde da Família

NEP: Núcleo de educação permanente

ONU: Organização das Nações Unidas

PMPG: Prefeitura Municipal de Ponta Grossa

PS: Pronto-Socorro

RAPS: Rede de atenção Psicossocial

SSP: Secretaria de Segurança Pública do Paraná

TJ: Tribunal de Justiça

UBS: Unidade básica de Saúde

UA: Unidade de acolhimento

UNICENTRO: Universidade Estadual do Centro-Oeste

UNESCO: Organização das Nações Unidas para educação, ciência e cultura

UPA: Unidade de Pronto-Atendimento

Sumário

1. APRESENTAÇÃO 11
2. INTRODUÇÃO 16
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA 19
3.1. O conceito de loucura e o lugar do manicômio 19
3.2. O poder psiquiátrico como produtor de discursos e ações 21
3.3. A Reforma Psiquiátrica e a ruptura com o manicômio: 25
3.4. A reforma psiquiátrica no Brasil e as novas políticas de Saúde Mental 27
3.5. A contra-reforma: Novas mudanças na política do cuidado em saúde mental 31
3.6. A história da Saúde Mental em Ponta Grossa: Uma breve contextualização 33
3.7. A saúde como direito ou o direito à saúde? Algumas implicações sobre a Judicialização da saúde 38
4. METODOLOGIA 43
4.1. Referencial teórico-metodológico: 43
4.2. Dispositivos de produção de dados 44
4.3. Registro dos dados 46
4.4. Análise dos dados 47
4.5. Aspectos éticos 47
5. RESULTADOS 48
5.1. Diretoria de Saúde Mental de Ponta Grossa 48
5.2. Interfaces entre saúde mental e justiça 50
5.3. Ofícios 51
5.4. A reunião intersetorial 59
5.4.1. Caracterização da reunião 59
5.4.2. As dificuldades relacionadas ao processo de trabalho 59
5.4.3. A intersetorialidade 61
5.4.4. Desafios e fragilidades do trabalho em rede 62
5.4.5. As relações entre a saúde e justiça 62
5.4.6. A percepção dos participantes sobre a reunião 63
6. DISCUSSÃO 66
6.1. Ofícios e reunião como analisadores 66
6.2. O trabalho em rede e o comitê intersetorial 70
6.3. O processo burocrático 75
6.4. Transversalidades e atravessamentos 76
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS 78

8. REFERÊNCIAS..... 80

1. APRESENTAÇÃO

O trabalho em saúde mental é um grande desafio, visto que as graduações possuem matrizes curriculares que por muitas vezes não abarcam em sua estruturação esta temática, perpassadas ainda pelo modelo hegemônico de saúde, numa lógica biomédica, tornando-se desta forma, uma área pouco conhecida e pouco explorada por profissionais da áreas das ciências da saúde e também das ciências sociais. Na psicologia, a saúde mental é abordada dentro das disciplinas relacionadas à atuação do psicólogo nos serviços de saúde, políticas públicas e na disciplina de psicopatologia, por exemplo, mas ainda percebe-se uma baixa adesão dos profissionais nesse campo, em virtude do pouco conhecimento e consequentemente resultando no pouco interesse ou na insegurança de atuar nessa área, permanecendo rodeada por diversos tabus relacionados à loucura.

Minha vivência na saúde mental se inicia em 2012, através da aprovação no meu primeiro concurso público na cidade de Palmeira, no Paraná. A pequena cidade possuía apenas um ambulatório da saúde mental que realizava diversas ações interligadas aos diversos programas do Sistema Único de Saúde, SUS, como saúde da família, saúde da mulher, Hiperdia, tabagismo. A então gestão da época possibilitava atuar na saúde mental através dos mais diversos campos de atuação da saúde pública, desenhando-se como um tema bastante presente e atuante.

Após alguns meses, iniciou-se a implantação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial, CAPS, do município, processo do qual pude fazer parte, fazendo a transição de um serviço para outro, com uma lógica bastante diferente de funcionamento. Eu não tinha contato com o usuário somente na sua hora marcada, agora com ele eu passava o dia, realizava minhas refeições, assistia televisão, pintava, costurava, bordava, aprendia a manejar plantas e verduras numa bela horta. Com ele também ia conhecer os pontos turísticos da cidade, ou comprar farinha pra fazer um bolo. Para mim, lugares corriqueiros, para eles, lugares nunca antes adentrados.

A partir dessa experiência comecei a conviver com a complexidade dos transtornos mentais na nossa sociedade e a importância da nossa intervenção em possibilitar a reabilitação psicossocial na vida dessas pessoas, que em ações

insignificantes aos olhos de quem sempre foi livre, para aqueles que por muito tempo foram privados da própria escolha, cada dia era uma nova descoberta.

Este processo motivou-me a capacitar-me na área, iniciando uma especialização em saúde mental e atenção psicossocial. A capacitação teórica contribuía de forma significativa no dia a dia de um CAPS, visto o desafio que este serviço trazia, bem como pensar ações e novas possibilidades que viabilizassem um atendimento biopsicossocial.

Após três anos fui convocada para trabalhar em Ponta Grossa e em meio a tantas possibilidades de lugares, o destino novamente me colocou em um CAPS, agora em uma nova modalidade, visto o tamanho do município. Após um período terceirizado, o serviço agora contava com uma nova equipe, a qual, na sua maioria, os profissionais não sabiam como era um CAPS. Visto que o município era quase dez vezes maior que Palmeira, os desafios também apareciam na mesma proporção. Mesmo nove anos depois do fechamento do Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha, Ponta Grossa ainda demonstrava sinais de pôr em pratica um modelo manicomial de atendimento.

Por anos o município de Ponta Grossa contou com os serviços de saúde mental CAPS II e CAPS infanto-juvenil (IJ) com uma gestão terceirizada. Somente o CAPS álcool e drogas (AD) possuía uma gestão sob responsabilidade da secretaria de saúde, operando com funcionários concursados. Após um mandado expedido pelo Ministério Público, a gestão responsável na época foi obrigada a “desterceirizar” um dos serviços e convocar servidores públicos para o mesmo, contratando mais ou menos vinte e cinco novos trabalhadores.

Sendo assim, uma nova equipe, com novos servidores públicos, muitos em seu primeiro emprego, assumiram um serviço de saúde mental com uma demanda bastante considerável. A diretoria de saúde mental disponibilizou algumas capacitações para os novos servidores, juntamente com os outros serviços, a fim de alinhá-los e criar um fluxo de atendimento. Porém, tendo em vista a complexidade do serviço e da sua clientela, a angústia era recorrente entre a equipe. Outro fator angustiante era a necessidade que percebíamos a cada dia de que o CAPS não conseguiria trabalhar sem uma rede de serviços de apoio.

Em relação a este trabalho em rede, uma demanda corriqueira no serviço eram os ofícios que chegavam dos órgãos de justiça. Estes ofícios sempre traziam a solicitação de diversas ações por parte do CAPS, envolvendo casos bastante complexos. Em um primeiro momento decidi pesquisar como era o processo de internamento compulsório no serviço, mas ao procurar nos ofícios registrados no serviço, não havia casos. Isso por si só já configura um dado de análise importante, indicando que a justiça, neste município, não tem servido à lógica das internações compulsórias. Diante da falta de casos de internação e de um grande número de ofícios recebidos, interessei-me em conhecer quais eram então as demandas judiciais que recebíamos e conhecer como é esta relação com a justiça como objeto de pesquisa. A saúde mental trabalha de maneira conjunta com diversos outros estabelecimentos. Olhar de maneira analítica para estas relações é uma forma de problematiza-las, entendê-las, movimentá-las. Com isso, há a possibilidade de desnaturalizar processos e também criar novos arranjos, se necessário. A Psicologia Social e a análise institucional possuem a função de exercitar em nós a necessidade do movimento, de parar por um minuto e se questionar, a repensar e até mesmo dar novos sentidos a aquilo que a princípio já tem sentido. A saúde mental é dinâmica, é complexa. Limitar a intervenção nesse campo somente em repetir práticas e discursos pode limitar a possibilidade de entender o sofrimento humano e de fato ofertar um atendimento que falhe em ofertar aquilo que as pessoas com transtorno mental precisam: dignidade, autonomia e respeito.

Ao se propor a pesquisar sobre o próprio trabalho, trago a luz o conceito de análise da implicação. Entende-se a implicação como o conjunto de relações estabelecidas entre o sujeito e o seu trabalho no qual já existe uma relação com a instituição (FORTUNA et al, 2016). Estas ações estão correlacionadas à questões ideológicas, organizacionais e libidinais entre o sujeito e o seu trabalho e podem ser atualizadas e potencializadas. Paulon (2005) descreve a intervenção como um processo mutuo de trocas entre pesquisador e objeto, que ao movimentarem-se, descobrem-se e transformam-se.

Iniciamos esta pesquisa fazendo um breve percurso histórico acerca do modelo de cuidado em saúde mental e lugar da loucura na sociedade. Percebe-se uma necessidade social de sempre criar meios para trabalhar com aquilo que

não lhe cabe, não lhe serve. A exclusão torna-se um mecanismo que serve à essa necessidade, visando a garantir um lugar àqueles que não tem lugar.

Apesar de se passarem anos, os mecanismos de exclusão e controle mantem-se, fieis à um modelo pautado na periculosidade do louco. Somente em 2001 a lei 10.216 propõe um novo modelo de cuidado. Em 2019, por meio da nota técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, a política de saúde mental sofre novas alterações que delineiam novas estratégias de cuidado e incentivam novas possibilidades de cuidados voltados para a figura do hospital e do atendimento ambulatorial, dando espaço a serviços como hospital-dia, CAPS IV e ambulatórios de saúde mental. Novamente a exclusão da pessoa com transtorno mental ganha espaço, potencializado por uma política de governo voltada ao controle dos corpos, segregação e um discurso de moralidade através do olhar religioso.

Apresento também a história da saúde mental no município de Ponta Grossa, município no qual esta pesquisa se desenvolve. Por muitos anos, a cidade sediou um grande hospital psiquiátrico, o Franco da Rocha. Somente em 2004 ele foi desativado, mas os serviços substitutivos esforçam-se para manter-se funcionando, sendo terceirizados por diversos anos. Somente em 2015, através de uma intervenção jurídica, os serviços são desterceirizados e ampliados. Hoje Ponta Grossa conta com um CAPS IJ, um CAPS AD, um CAPS II, um ambulatório de saúde mental que funciona de maneira hibrida como um centro de convivência e pronto atendimento com um psiquiatra.

Além das políticas de saúde mental, realizo um breve apanhado histórico sobre a relação da justiça com a saúde. A partir da constituição de 1988, a justiça constrói uma interface com a saúde, visto que esta agora, torna-se um direito garantido a todos. Isto ocasiona certos tensionamentos entre estes dois campos, nos quais discutirei ao decorrer deste trabalho.

Para o desenvolvimento deste trabalho, primeiramente realizou-se uma pesquisa intervenção, método este que propõe uma postura ativa do pesquisador em relação ao seu objeto. Como trabalhadora e pesquisadora do mesmo campo, o exercício do prático-pesquisador foi um grande desafio, exigindo de mim movimento. Estar implicado ao objeto que deseja mesmo já ali

estando exigiu a necessidade de olhar para meu trabalho de um ponto de vista diferente, movimentando-se. O movimento vem para dar novos sentidos as práticas, novo fôlego, mas principalmente potência. Isto me é muito perceptível quando em uma orientação relatava sobre a relação estreita e tranquila dos CAPS com a promotoria, algo que para mim, trabalhadora, era normal. Gustavo me provoca a ver isto de forma não natural, me fazendo perceber que meu ponto de vista muitas vezes estaria viciado, cabendo a mim sair dele neste processo de pesquisa. Diferentemente do que estava previsto no projeto de pesquisa, onde propúnhamos acompanhar as reuniões mensais realizadas entre representantes dos serviços de saúde mental e da justiça, as reuniões intersetoriais não ocorreram mensalmente durante o ano de 2018, exigindo rearranjos do campo de investigação. Porem, isto não impediu a relevância deste movimento entre o “eu trabalhadora” e o “eu pesquisadora” visto a minha relação com meu objeto de pesquisa.

Como resultados, apresento uma relação entre as solicitações judiciais e o discurso dos participantes da reunião e o modo como eles percebem esta aproximação entre saúde e justiça. Apesar das questões burocráticas, das dificuldades do serviço público e principalmente da complexidade dos casos, o fato de “saber o que o outro faz” permite a criação de um apoio mutuo nas intervenções, criando inclusive novas possibilidades para casos que pareciam sem solução.

Como conclusão, pontuo a importância de criar espaços intersetoriais que permitam a ampliação do olhar do cuidado, bem como a desmistificação de ideias instituídas no dia a dia do trabalho que por muitas vezes limitam o potencial de ação. Ao permitir-se conhecer outras esferas, conheço também novas possibilidades que vão além de mim (do CAPS) e que somando-se, tornam-se algo grandioso e que impactam positivamente no serviço prestado. Sabemos que a saúde mental não é um assunto confortável e que também não é prioridade de governo e nem mesmo da população, que ainda prefere não confrontar a ideia da loucura e sofrimento, mantendo este assunto dentro dos muros imaginários por ela mesma criados. Cabe a nós, trabalhadores, ocupar espaços e produzi-la, atravessando estes muros e movimentando-se, sempre.

2. INTRODUÇÃO

Durante a Idade Clássica, a loucura era vista como uma dádiva divina. Os loucos eram considerados aqueles que conseguiam se comunicar com os deuses, possuindo um lugar de destaque dentro das primeiras sociedades. Com o advento da Igreja Católica, na Idade Média a loucura deixa de ser uma dádiva para tornar-se maldição, possessão. O advento da ciência deu à psiquiatria a função de classificar e corrigir os ditos loucos, reforçando a importância dos manicômios.

Atualmente, através da Reforma Psiquiátrica o cuidado dado às pessoas com transtorno mental não prevê mais o modelo hospitalocêntrico como única possibilidade de tratamento, mas foca nos serviços de atenção extra hospitalares. As novas políticas de saúde mental promulgadas a partir da lei 10.216/2001 redirecionam as estratégias de cuidado, pautado na liberdade, dignidade e autonomia do usuário, substituindo o manicômio por um conjunto de dispositivos que compõe a chamada Rede de Atenção Psicossocial, a RAPS. A ideia é pensar o território não somente como espaço físico, mas também como produtor de subjetividade. Pensar novas estratégia de cuidado é pensar forma de emancipar os sujeitos, fomentando seu protagonismo e participação social. (FERREIRA et al,2017)

Apesar das novas políticas de saúde mental, Alverga e Dimenstein (2006) apontam a existência de um imaginário social do ser louco. Essas representações muitas vezes entendem a loucura sendo sinônimo de periculosidade, desajustamento, repercutindo na exclusão e no preconceito com essas pessoas. Ao possuir uma representação social que carrega percepções tão negativas, a loucura fortalece ainda mais a ideia de exclusão, rejeição e discriminação desse indivíduo, sustentando a lógica manicomial de tratamento

Para que a Rede de Atenção Psicossocial, a RAPS, seja de fato efetiva, é necessária a discussão sobre a importância da reforma psiquiátrica e do tratamento não excludente e humanizado, bem como a reflexão acerca das ações, dificuldades, fragilidades e desafios dessa nova proposta de trabalho em rede, sendo de grande valia uma pesquisa que crie esses espaços de discussão

e de reflexão, visando o fortalecimento, articulação e otimização dos serviços que a constituem.

Dentro de tantos direitos garantidos previstos na constituição, o direito à saúde é um tema bastante delicado quando visto através da perspectiva jurídica, criando tensões entre aquilo que é garantido pela lei e aquilo que é considerado como efetivo pelo campo da saúde, trazendo à tona a importância de se discutir esses embates, a fim de garantir ações em saúde dignas e humanizadas. Nunes(2009) aponta que é fato que as políticas de Saúde e o Direito, cada qual com seu campo de conhecimento, instituições, atores e práticas muitas vezes formam diversos processos heterogêneos que compartilham do mesmo objeto de intervenção.

Tesller (2010) descreve que as demandas judiciais na saúde são crescentes e as vezes se dão de forma pouco racional, não havendo uma fundamentação lógica nas decisões tomadas, onde o Judiciário passa a ser visto de forma bastante negativa pelos serviços de saúde. Nunes (2009) comenta que a ideia de saúde como direito faz com que em todo o mundo pessoas reivindiquem isso, mesmo que esses direitos não sejam parte de uma concepção coerente de saúde.

Atualmente existem ações que tentam aproximar esses dois campos a fim de garantir o direito à saúde, como proposto na constituição e que correspondam ao conceito amplo de saúde-doença. Cordioli e Ribeiro (2006) apontam por exemplo, uma ação onde Ministério da Justiça vem criando ações que tem como objetivo construir com a saúde políticas para hospitais de custódia e de tratamento psiquiátrico que atendam os propósitos da reforma psiquiátrica. Neste sentido, esta pesquisa tem como objetivo geral:

- Compreender a interface entre serviços de saúde mental e justiça no município de Ponta Grossa-PR.

E como objetivos específicos:

- Produzir e sistematizar dados sobre as demandas judiciais direcionadas ao CAPS II de Ponta Grossa;
- Identificar como as práticas institucionais interferem nas ações dos serviços;

- Identificar as possíveis dificuldades e fragilidades da rede e das ações conjuntas relacionadas à Saúde Mental;
- Discutir a importância do trabalho intersetorial e em rede dentro dos moldes da reforma psiquiátrica;

Em relação a importância da pesquisa em saúde mental no âmbito das políticas públicas de saúde e no impacto social:

> Cabe à política pública de saúde mental dialogar ativamente com as instituições de pós-graduação e pesquisa, e com a gestão e trabalhadores das redes de serviço do SUS, de modo a construir uma agenda de prioridades de pesquisa em atenção psicossocial, lançando pontes entre a universidade e os serviços. A produção e a difusão de conhecimento, em processo compartilhado com trabalhadores, usuários e familiares, devem tornar-se componente estratégico essencial da reforma psiquiátrica. (DELGADO, 2015).

Essa pesquisa corrobora com essa ideia, visando colaborar na produção de dados que auxiliem na criação de ações compartilhadas entre o judiciário e a saúde, que garantam o tratamento digno e de qualidade para a pessoa com transtorno mental e que sejam mais abrangentes e eficientes, respaldadas sempre em suas diretrizes em comum, o direito à saúde e o direito à vida.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1. O conceito de loucura e o lugar do manicômio

A loucura é um objeto de estudo que ao longo da história sofreu diversas transformações relacionadas ao seu significado e ao lugar a ser ocupado dentro da sociedade, mas afinal, como as políticas de saúde se desenharam até o que elas são hoje? Como a loucura se institui atualmente dentro da sociedade e como isso interfere no papel do internamento enquanto tratamento? Para isso, inicia-se esse trabalho trazendo o seu contexto histórico.

São diversos os trabalhos e pesquisas que tentam compreender e conceituar a loucura. São inúmeras as tentativas da ciência em explicar suas características, sintomas e principalmente sua causa, visto que em tempos em que a racionalização é muito valorizada, a “desrazão” é sempre um assunto intrigante.

Foucault em seu livro “A História da Loucura”, de 1961, através de um percurso histórico sobre a relação da sociedade com a loucura, explora as formas como as pessoas desde a Idade Média experimentam a loucura e como o fenômeno da exclusão se desenha desde então. Ele vai analisar o processo de exclusão dos corpos, buscando entender como se operam essas tecnologias através da loucura. O presente trabalho constrói-se a partir dessa lógica, não de criar conceitos, mas descrever como atualmente essas relações entre sociedade e loucura se dão (PROVIDELLO e YASUI, 2003).

O olhar desnaturalizante parte da ideia de que a realidade é socialmente definida, através das experiências, ideologias e conceitos que vão se construindo através da vivência, ideias e interesses dos indivíduos e do coletivo, não sendo algo imutável, mas podendo ser modificado pelo homem. É a partir dessa lógica, que vai além do senso comum - muitas vezes tomado por preconceitos e sentimentos - que se apresentará como desenha-se essa relação entre loucura e a sociedade (SILVA,2015).

Silveira e Braga(2005) comentam que a sociedade ocidental naturalizou o sofrimento psíquico e o chamou então de doença mental, tendo a cura como

objetivo e nunca a reabilitação ou adaptação às suas novas condições, obrigando a pessoa em sofrimento a encaixar-se à sociedade a qualquer custo.

Corroborando com essa ideia, Andrade(2008) aponta que ao se tornar um objeto da medicina, a loucura foi silenciada, passando a ser apenas uma patologia abstrata. *"A loucura, transformada em doença mental, é despossuída dos antigos poderes que ainda detinha nas sociedades medievais e renascentistas, cabendo agora à ciência extrair a sua verdade, dizendo o que ela é"* (p. 283).

Cardoso e Galera (2011) comentam que desde os primórdios da sua existência, a humanidade tem dificuldade em trabalhar com aquilo que lhe é diferente e destoante dentro do coletivo. Camargo e Oliveira (2009) corroboram com a ideia, apontando que ao se olhar a história da humanidade, percebe-se esse movimento de exclusão e marginalização da pessoa com transtorno mental.

Na Idade Clássica, as pessoas acreditavam que os loucos eram capazes de se comunicar com os deuses, sendo considerados divindades. Já na Idade Média, a loucura era envolta por mistérios e misticismo, sendo um sinônimo de possessão demoníaca, maldição. Os loucos eram amarrados, trancafiados em porões e queimados em fogueiras como hereges. Foucault (1961) aponta que, devido as Cruzadas, houve um aumento repentino de casos de lepra, sendo construídos leprosários, locais retirados a fim de afastar os acometidos pela doença dos saudáveis. Com o fim das guerras e diminuição dos casos, esses lugares passam a ser povoados então por portadores de doenças venéreas, presidiários e os até então chamados "cabeças alienadas".

Qualquer pessoa que apresentasse alguma conduta "desviante", como agressividade, rebeldia ou irritação era considerada incapaz de viver em sociedade, visto que sua conduta trazia consigo a ideia de insegurança e periculosidade, reforçando então o movimento de exclusão. Mendonça e Rodrigues (2012) trazem a ideia de que, se na sociedade afirma-se que a razão é lei, excluir a desrazão só assegura ainda mais um padrão de comportamento a ser mantido. Sendo assim, os leprosários vão recebendo cada vez mais pessoas consideradas loucas, deixadas lá à espera da morte.

Com a Idade Moderna, através do advento do conhecimento científico, a loucura finalmente ganha um *locus*, agora munida de diversos sentidos à ela dada. Agora a loucura não é mais vista como uma desrazão, mas uma doença mental. Surgem a psiquiatria, a psicanalise dispostas a ouvi-la, conhecê-la e classifica-la (SILVA,2001).

É durante o século XVIII que o médico Philippe Pinel, um dos precursores da psiquiatria, evidencia o processo de que a loucura torna-se um objeto de estudo do saber médico e tenta oferecer um tratamento “mais humano” aos excluídos. Impulsiona uma área da medicina que estudará a doença mental como qualquer outra, tentando extinguir a forma violenta como eram tratados os loucos, descrevendo e classificando alguns transtornos mentais.

Mendonça e Rodrigues(2012) salientam que mesmo com o surgimento da psiquiatria positivista e com a inclusão do louco como objeto da medicina, as pessoas com transtornos mentais não deixam de ser excluídas, pois agora “ganham” um lugar especifico para serem atendidas: O manicômio. O louco agora passa a ser cuidado por enfermeiros e por um médico especialista, chamado de alienista. Seguindo os passos de Pinel, destaca-se o trabalho de Esquirol, Morel e Edouard Séguin, que também integram escola francesa iniciada por Pinel de alienistas.

Os trabalhos de Esquirol reforçam ainda mais a ideia do manicômio como único espaço possível para o tratamento da loucura. Sendo assim, com a ideia de que os muros do manicômio protegiam a sociedade de tudo aquilo de ruim que a loucura representava, as instituições psiquiátricas ganham lugar de poder e respeito perante ela. A loucura ainda é vista como uma desordem do comportamento que vai contra a ordem social, onde a cura só pode ser alcançada a partir da correção desse alienado. Sendo assim, o tratamento para a loucura era de cunho moral, transformando o manicômio em um local onde se cometiam inúmeras barbáries com o louco na tentativa de “consertá-lo” (PORTOCARRERO,2002).

3.2. O poder psiquiátrico como produtor de discursos e ações

Historicamente, ao tornar-se objeto do saber médico, a loucura passa a ser entendida com doença mental, onde surge a psiquiatria e também os mais diversos tratamentos médicos baseados na disciplinarização, tratamento moral e na institucionalização do louco. Ele, que antes era colocado em porões em condições precárias tem agora o hospital psiquiátrico como sinônimo da sua "salvação". A psiquiatria se consolida dentro dos manicômios e assume o papel de consertar aquilo que não se encaixava nos padrões estabelecidos e aceitos pela sociedade, resumindo o tratamento da loucura na correção das "falhas" do sujeito e na sua alienação através da institucionalização do louco (ASSIS, BARREIROS & CONCEIÇÃO, 2013).

Para Foucault, o saber médico, ao se deparar com a loucura e seus sintomas complexos e sem sentido, classifica-a como sinônimo da desrazão, estabelecendo o que Silva(2001) chama de "germe da dicotomia entre o normal e o patológico". Todas as condutas consideradas munidas de desrazão, não só do louco, mas do libertino, homossexual, o pobre, doente, prostitutas, ao se depararem com o potencial médico de separar o normal do patológico, ficam à mercê das práticas institucionais que ficaram responsáveis por moldar seus corpos, comportamentos e a própria subjetividade, estabelecendo uma relação de poder sobre eles, ora vigiando-os, ora punindo-os.

Desta forma, a partir do século XVII, a medicina se consolidou em cima do saber cientifico, tão valorizado, acerca da loucura. Aos médicos é garantida a partir de agora, total liberdade para escolher o modo de tratamento das pessoas acometidas por algum transtorno. A sociedade agrega à medicina a função de "domesticar" os corpos, com a finalidade de torna-los dóceis e totalmente controláveis.

Pinel cria o conceito de alienação mental, onde defendia a ideia de que a doença mental era a ocorrência de um distúrbio no âmbito das paixões, onde a cabeça entrava em desarmonia e então o sujeito perdia a noção de realidade. Para que houvesse um reajuste das suas percepções e sensações seria necessário retirá-lo das suas percepções habituais através da institucionalização para reconduzi-lo à razão. (COELHO et al, 2014).

Através da transcrição de um curso dado em 1973 surge a obra *Le pouvoir psyquiatrique,* onde Michel Foucault questiona como um dispositivo de poder, neste caso, a psiquiatria, consegue produzir discursos, enunciados e tantas representações que surgem na sociedade em relação ao louco. Os aparelhos de poder atuam de forma a disciplinar e controlar, fazendo que o discurso científico da psiquiatria estabeleça uma relação de controle sobre a loucura. Para Benini (2008) a instituição psiquiátrica se instaurou e atravessou as relações através das mais diversas formas de sujeitar a loucura o seu saber:

> O dispositivo da psiquiatria buscara foi operar uma cisão binária entre loucura e normalidade; assim o fez, de forma complexa e potencializada, através de todo um campo de conhecimento entre poder-saber que retira a loucura de seu estatuto de existência emancipada e a coloniza no discurso e na prática de uma ciência de demonstração da verdade que reverbera... (p.330)

Em 1789, às luzes da Revolução Francesa, é promulgada a “Declaração dos direitos humanos”, onde a partir de discussões sobre a individualização da loucura, onde os loucos eram acorrentados. A declaração tinha como intenção fazer com que o internamento passasse a ser realizado mediante autorização judicial e recomendação médica, no sentido de promover o que Foucault chama de aprisionamento terapêutico, transformando a loucura perigosa, violenta em uma loucura domesticável, distanciando a ideia de loucura com a de criminalidade. (SIMANKE E SILVEIRA,2009).

Foi também com a Revolução Francesa e seus pressupostos humanistas, que Pinel foi autorizado a libertar diversos asilados, alguns acorrentados há mais de trinta anos pela comuna revolucionária parisiense. Somente a medicina seria capaz de descobrir a causa e a cura da loucura (REINALDO e PILLON, 2007). Caponi (2009) aponta que ao “desacorrentar” os loucos, Pinel garante à psiquiatria um lugar de destaque em relação ao tratamento psiquiátrico, legitimando-o a partir de uma atitude aparentemente humanista. A partir de agora, a cura passa a ser a dívida dos desacorrentados com a psiquiatria, complementa Silva (2013). Em sua obra, Foucault analisa os grandes nomes da psiquiatria e nos mostra como a função do manicômio vai se desenhando para a sociedade, como por exemplo na ideia de Esquirol:

> Nesse contexto, Esquirol pode enunciar as cinco razões principais para o isolamento dos loucos:(1) assegurar a segurança pessoal e da família; (2) libertá-los das influências exteriores; (3) vencer suas resistências pessoais; (4) submetê-los a um regime médico; (5) lhes impor novos hábitos intelectuais e morais. Vê-se claramente que se trata de uma questão de poder, medir o poder do louco, neutralizar os poderes exteriores, estabelecer sobre ele um poder terapêutico e de moralização. (CAPONI,2009, p.100)

Foucault ainda analisa o que Foderé descreve como um asilo ideal, aquele lugar que isola o louco com a finalidade de discipliná-lo e garantir a ordem social, penetrando nos corpos, gestos e cérebro controlando-os tanto com o uso do poder moral tanto do poder físico, utilizando-se muitas vezes da violência. Silva(2013) complementa a ideia trazida por Foucault onde *"O asilo ideal, montado sobre um cenário onde "reina a ordem, reina a lei, reina o poder" é apresentado como local onde os corpos são atravessados pela própria organização disciplinar do asilo."*

Lourau(1993) chama de instituições os mais diversos sistemas que regulam a vida de uma pessoa em todos os níveis: individual, coletivo, social que se cruzam e atravessam esse sujeito. Pereira (2007) acrescenta:

> ...são instâncias de saber que permitem a todo tempo recompor as relações sociais, organizar espaços e recortar limites. A despeito de sua forma virtual, imaginária e simbólica, não estão desvinculadas da prática social. Cada sociedade, segundo o modelo infraestrutural a que obedece, cria um tipo de instituição, que será mantida e sustentada em todos os níveis, do Estado à família, Igreja, escola, relações de trabalho, sistema jurídico, etc. (p.7)

Goffman (2001) apresenta o conceito de "instituição total", como um local de moradia ou trabalho onde vários indivíduos com características semelhantes são afastados da sociedade e lá permanecem levando uma vida regrada e controlada por aqueles que a comandam com finalidade terapêutica, correcional e educativa. Tudo aquilo que dessa instituição afeta na vida da pessoa que dela faz parte ele chama de institucionalização.

Pereira (2007) defende a ideia de que as pessoas criam as instituições com a intenção de evitar o caos absoluto e diminuir a sensação de desamparo, esta inerente a condição humana, apaziguando a possibilidade de destrutividade

dentro das relações. Brito e Dimenstein (2008) apontam que as instituições tendem a se materializar nos mais diversos dispositivos concretos, entre eles o hospital. Este surgiu primeiramente com uma função filantrópica de ajudar pessoas pobres. Com o tempo ganhou a função de manter a ordem pública assumindo um caráter higienista, excluindo do meio urbano tudo aquilo que destoava da sociedade e ameaçava sua organização.

Sendo assim, socialmente a psiquiatria e o manicômio continuam a ser considerados como principais responsáveis pelo tratamento de doenças mentais até meados século XX. A criação de um lugar que finalmente dava conta da loucura, dá a sociedade a sensação de proteção, firmando a necessidade da exclusão de pessoas que possuem características e formas de vida não aceitas pela maioria. Através do isolamento e da construção de uma relação baseada na autoridade, o confinamento das pessoas com transtorno mental se legitimou cientificamente a partir do surgimento e consolidação da psiquiatria (BRITO E DIMENSTEIN, 2008).

No século XIX o psiquiatra alemão Emil Kraepelin desenvolve um grande trabalho onde descreverá os sintomas clínicos e a análise anatomopatológica, servindo de referência para muitos especialistas. Já no século XX, Sigmund Freud cria a psicanálise, ganhando popularidade no mundo todo e contribuindo muito para os estudos em saúde mental. Muitos movimentos vão se desenhando a partir de então, criticando o modelo até então hegemônico do manicômio como tratamento para transtornos mentais.

3.3. A Reforma Psiquiátrica e a ruptura com o manicômio:

De acordo com Piccinini (2006), a primeira discussão acerca do modelo de tratamento nos manicômios surge em 1900, com o primeiro congresso de alienistas na França, quando os hospitais se encontram superlotados. A década de 1950 é marcada pelo surgimento de novos modelos de tratamento como a eletroconvulsoterapia e novos medicamentos (Haloperidol e Clorpromazina). Nesse mesmo período Maxwell Jones propõe o modelo de comunidade terapêutica, fazendo uma crítica ao modelo hospitalocêntrico, onde defende a substituição do tratamento rígido e desumano por ações educativas, como

discussões sociais, filmes educacionais, visando a reabilitação das pessoas. Em 1960 surge nos Estados Unidos a Psiquiatria comunitária que propunha uma aproximação da psiquiatria e da saúde pública e ações de promoção e prevenção em saúde e na Inglaterra a Antipsiquiatria, defendendo a ideia de que a psiquiatria não era capaz de explicar a loucura.

Mas é com o médico italiano Franco Basaglia que um novo modelo de tratamento em saúde mental ganha força. Ele iniciou seu trabalho como médico na cidade de Gorizia, na Itália, onde deparou-se com um cenário bastante preocupante. Havia um número muito alto de pessoas institucionalizadas em péssimas condições de vida, sofrendo maus tratos e não possuindo nenhum tipo de tratamento digno. Basaglia inicia então o experimento de novas formas de tratamento junto de sua equipe e dos pacientes na pretensão de desenvolver um modelo de intervenção mais humanizado (AMARANTE, 1994; BASAGLIA, 2005).

O chamado movimento antimanicomial ou Psiquiatria Democrática que emerge a partir disso defende a ideia de que o manicômio não é um lugar de vida, mas sim de morte, tendo como função somente a exclusão, opressão e controle das pessoas vítimas da estigmatização e do sistema capitalista. Propôs então que ao invés de invocar a doença mental como objeto de intervenção, que esta fosse colocada entre parênteses. A objetivação da doença mental pela psiquiatria impedia um olhar sobre o sujeito e excluía sua subjetividade, sobrepondo-se a ele uma série de preconceitos que afirmavam ainda mais a ideia de periculosidade, incapacidade, justificando a exclusão do mesmo (AMARANTE, 1994; BASAGLIA, 2005).

Ao assumir a direção do hospital de outra cidade Italiana, Trieste, percebeu que além de mudar a forma de tratamento da loucura, era necessário também intervir na forma como a sociedade enxergava a loucura e de como a medicina até então a entendia, sendo a pessoa com transtorno mental mero objeto de intervenção clínica. Propôs então a substituição do modelo manicomial por serviços de base territorial e comunitária, propondo o fim do tratamento institucional e excludente, pautado nos direitos humanos e na cidadania e em ações de cunho libertário e solidário (AMARANTE, 1994; BASAGLIA, 2005).

Costa Júnior e Medeiros (2007) escrevem em relação ao tratamento da loucura e das práticas institucionais:

> "É possível observar em alguns artigos que boa parte do fenômeno da loucura (principalmente seu aspecto social) é afirmada como consequência das internações hospitalares, resultando naquilo que, no indivíduo, é percebido como doença..." (página 74).

Com a vinda de Basaglia para o Brasil e sua visita ao Hospital Colônia de Barbacena, onde novamente ele se depara com cenas de horror, as quais compara a um holocausto, inicia-se então discussões que visam impulsionar a reforma psiquiátrica no país. Consoante aos outros movimentos sociais e democráticos da época, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e o movimento dos trabalhadores da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM). Segundo Guimarães et.al (2001, p.3) *"Assim finalizamos a década de 70 e adentramos a década de 80 com um Brasil efervescente, manifestadas as contradições e reduzido o poder ditatorial das elites dirigentes".*

3.4. A reforma psiquiátrica no Brasil e as novas políticas de Saúde Mental

Mesquita, Novellino e Cavalcanti (2010) dividem o movimento da Reforma Psiquiátrica em dois momentos: A primeira fase que se inicia em 1978 e vai até 1991, buscando-se o fim dos manicômios e do modelo hospitalocêntrico e a segunda fase, de 1992 até os dias atuais, que visa a implantação e aumento de serviços extra-hospitalares e do atendimento em rede.

O movimento da Reforma em solo brasileiro é impulsionado pelas discussões que surgem das diversas denúncias de maus tratos dentro dos manicômios, a mercantilização que se tornou a loucura e por um movimento grande dos planos de saúde e serviços privados. Esse cenário é apresentado através do livro da premiadíssima jornalista Daniela Arbex intitulado "Holocausto Brasileiro", publicado em 2013 que conta a história do Hospital de Barbacena, em Minas Gerais.

Com mais de 8 milhões de metros quadrados, o Hospital Colônia, localizado no chamado "Corredor da Loucura" (visto que haviam mais de 19 hospitais psiquiátricos localizados entre Belo Horizonte, Juíz de Fora e

Barbacena) contabilizou em sua história cerca de 60 mil mortes sendo conhecido pelo mundo tudo por conta das atrocidades vivenciadas pelos reclusos.

No ano de 1987 acontece a II Conferência dos trabalhadores de saúde Mental que se reúnem novamente para discutir a reorganização dos cuidados em saúde mental. É nesse encontro que surge o conhecido lema “Por uma sociedade sem manicômios” através da “Carta de Bauru”. Ainda nesse ano ocorre no Rio de Janeiro a I Conferência Nacional de Saúde Mental e também a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial na cidade de São Paulo (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2005).

Através da Constituição de 1988 é criado então o SUS, Sistema Único de Saúde, com a força dos gestores municipais, estaduais e federais e também dos Conselhos de Saúde. Em 1989 o deputado Paulo Delgado dá entrada ao pedido de uma lei que garanta direitos à pessoa com transtorno mental. Esse ano é marcado pelo início da movimentação da Reforma Psiquiátrica nos campos da legislação (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2005).

Em 1992 ocorre a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, encontro que deu origem ao documento intitulado de “Declaração de Caracas”, onde diversos países se comprometeram em garantir um atendimento digno aos internados e assegurando a reestruturação do modelo de assistência psiquiátrica, descentralizando o cuidado, antes exclusivo do hospital (MATHES E SILVA, 2012).

Com o novo modelo de atenção em saúde mental, onde prioriza-se a autonomia e vontade da pessoa com transtorno mental, os internamentos psiquiátricos também ganham uma nova configuração. Visto que a reabilitação psicossocial não acontece se o indivíduo fica excluído e retirado do seu contexto, os internamentos agora ocorrem somente no formato de curta duração e em hospitais gerais, obedecendo critérios pré-estabelecidos. Ferreira *et al (*2017) apontam que a Reforma Psiquiátrica não se dá apenas numa dimensão técnica, mas também cultural, onde existe também a necessidade de uma mudança no valor social da loucura.

O tratamento de transtornos mentais baseia-se na autonomia da pessoa, onde há uma corresponsabilização entre o usuário, família e serviço. A

internação só será realizada em casos onde há grande risco a vida do próprio usuário ou pessoas próximas, ou quando ele apresentar condições clinicas onde o cuidado hospitalar será essencial. Pode-se observar no artigo 4° da lei 10.216/2001:

> A internação psiquiátrica, seja qual modalidade for, somente será cabível quando os recursos extra-hospitalares forem considerados insuficientes, com risco à integralidade física, à saúde ou à vida dos portadores de transtornos mentais ou a terceiros (BRASIL, 2001).

Dimenstein (2009) aponta que com a partir da implementação das novas políticas em saúde mental o hospital deixou de ser o centro das ações de tratamento, onde houve grande diminuição de leitos psiquiátricos e aumento de serviços extra hospitalares. Em relação aos repasses financeiros, também houve um aumento de recursos para esses serviços criando uma inversão, visto que o internamento para o SUS gerava gastos muito altos tanto pelo número muito alto de ocorrências, tempo de permanência e re-internamentos, utilizando todo o recurso existente.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE, disponíveis no “Saúde Mental em dados” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015) entre 2002 e 2014 houve um aumento significativo no número de CAPS no pais e de repasse financeiro federal para os mesmos. Desde 2005, principalmente, há uma reversão no valor repassado a hospitais psiquiátricos, firmando uma gradual superação do modelo hospitalocêntrico. Em 2002 existiam 51.393 leitos e em 2014 este número foi para 25.988.

A lei 10.216/2001 se institui e traz consigo a diferenciação dos tipos de internamentos, apresentando quatro modalidades:

- A internação Psiquiátrica voluntária (IPV); onde o próprio usuário consente e por muitas vezes ele mesmo solicita;
- A internação Psiquiátrica involuntária (IPI); onde terceiros solicitam, geralmente familiares e pessoas próximas sem o consentimento do usuário

- A internação Psiquiátrica voluntária que se torna involuntária (IPVI); Quando o usuário concorda com internamento mas não com a sua manutenção
- A internação Psiquiátrica compulsória (IPC); onde terceiros solicitam e é expedida uma ordem judicial para que ele aconteça.

Os internamentos involuntário e compulsório precisam respeitar alguns critérios para que aconteçam, como a ocorrência de uma doença mental, risco de auto e heteroagressão, incapacidade grave de autocuidados gerando riscos de ordem clínica e risco à vida. Essa diferenciação entre os tipos de internação são definidas e regulamentadas em 2002 a partir da portaria 2.391/GM, sendo instituídos também os procedimentos e as formas de notificações das internações involuntárias e compulsórias ao Ministério Público.

Sobre a internação compulsória, pode-se observar também no artigo 6° da lei 10.216/2001:

> Tem-se a internação psiquiátrica compulsória, sendo uma medida necessária, em alguns casos mais graves, ainda que consista em restrição à liberdade. Tal modalidade de internamento somente de realizará por meio de laudo médico circunstanciado que caracterize os motivos (BRASIL, 2001).

Ainda em relação ao internamento compulsório, o artigo 9° da lei 10.216/2001 estabelece:

> A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionário (BRASIL,2001).

Os internamentos involuntários precisam ser notificados e registrados pelo Ministério Público em até setenta e duas (72) horas, bem como os internamentos compulsórios, que diferente dos involuntários, passam também pela vara da família de forma sigilosa e utilizando um formulário próprio que é o Termo de Comunicação de Internação Psiquiátrica Involuntária), contendo laudo médico que deverá compor o quadro de funcionários do estabelecimento que é responsável pelo internamento.

Com a promulgação da lei 10.216/2001, a reforma psiquiátrica passa a ser o marco legal do ponto de vista jurídico em relação ao cuidado em saúde mental, tornando-se um instrumento normativo para que haja um controle e uma normatização daquilo que a nova política de saúde mental garante. Cabe ao Estado, através dos órgãos judiciais pátrios a função de defender a ordem social e o direito à vida. É desses órgãos a responsabilidade de garantir o acesso ao serviços de saúde, a proteção das pessoas com transtornos mentais e também o controle das internações psiquiátricas, garantindo de fato a execução da lei.

3.5. A contra-reforma: Novas mudanças na política do cuidado em saúde mental

Guimarães e Rosa (2019) apontam o período entre 2010 e 2019 como um período de “remanicomialização do cuidado”, alterando algumas normativas relacionadas a lei 10.216 e portaria 3.088. A primeira alteração na portaria acontece em 2017 através da resolução n°32 de 14 de dezembro, estimulando o aumento e qualificação de leitos psiquiátricos em enfermarias e o reajuste do valor das diárias destes internamentos. Esta resolução foi aprovada mesmo com um grande movimento de repudio e pedidos de rejeição da proposta, inclusive com pedidos enviados a Defensoria Pública da União e ao Ministério Público, de acordo com o Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS,2018).

Já no início de 2019, o Ministério da Saúde, a Secretaria de atenção à saúde, o departamento de ações programáticas estratégicas a nova coordenação geral de saúde mental, já formados pelos novos representantes recém empossados pelo também novo presidente, emitem a nota técnica 11/2019 esclarecendo algumas mudanças na política de saúde mental.

Durante estes anos, alguns movimentos políticos se desenharam em direções opostas ao modelo proposto pela reforma psiquiátrica. O auxilio em investimentos na rede privada, o financiamento e fortalecimento de comunidades terapêuticas e a nomeação de coordenadores nacionais de saúde mental que declaradamente possuíam ideias desfavoráveis ao da reforma, são alguns dos movimentos que foram reforçados com a emissão desta nota técnica. Entre as mudanças indicadas na nota técnica estão: aumento nos valores repassados aos hospitais pela internação psiquiátrica; inserção do Hospital Psiquiátrico e das

Comunidades terapêuticas na Rede de Atenção Psicossocial; criação de ambulatórios especializados para transtornos mais graves; afirmação de que os serviços deixam de ser substitutivos e passam a ser complementares uns aos outros; entre outras mudanças. Ao invés dos recursos serem destinados aos serviços da rede, estes serão passados em sua maioria para os hospitais, reforçando novamente o papel do internamento no atendimento às pessoas com transtorno mental. (LIMA,2019)

Outra grande mudança está relacionada a mudança da Política Nacional sobre drogas do Ministério da Saúde para uma “co-responsabilidade” com o novo Ministério da Cidadania e também com o Ministério da Segurança Pública, através de uma secretaria chamada de Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED), desarticulando as ações de saúde mental relacionadas ao álcool e outras drogas.

Uma das ações propostas dentro desta nova secretaria é a implantação do CAPS IV, responsável por atuar diretamente em regiões como cracolândias, trazendo a luz novamente uma ideia higienista em relação ao cuidado, desarticulando também ações de redução de danos. A criação deste serviço, somada ao aumento do repasse financeiro para comunidades terapêuticas e também para leitos de hospital preparam um terreno bastante fértil para a centralização num modelo de cuidado excludente, voltado a lógica do internamento.

Lima (2019) e Guimaraes e Rosa (2019) comentam que o financiamento de atendimentos ambulatoriais e internamentos psiquiátricos desestrutura os demais serviços que compõe a rede assistencial e novamente colocam em foco um tratamento segmentado, excludente e voltado ao controle do sintoma somente. Esta nota gerou uma movimentação considerável entre diversos grupos, associações e movimentos sociais, como conselhos de classe por exemplo, que acreditam na potência de um atendimento pautado na autonomia, liberdade e reabilitação psicossocial. É necessário considerar que a nota técnica tinha por função explicar mudanças na política de saúde mental, realizadas através de portarias, orientações, etc. Após sua publicação e, diante das polêmicas, a nota técnica foi retirada de circulação. Entretanto, apesar disso, é necessário considerar que as portarias e orientações as quais ela se reportava

e buscava esclarecer seguem vigente, demonstrando que seu conteúdo também.

Por muitos anos buscou-se romper com este modelo de cuidado pautado na lógica hospitalocêntrica. O papel do hospital passa a ser novamente reforçado, pois ao fazer parte da RAPS, corre-se o risco de que volte a assumir a centralidade do cuidado. Deve-se ressaltar que o dispositivo da internação já fazia parte da RAPS, preconizando-se que ocorresse em leitos em hospitais gerais ou nos CAPS III, em conformidade com os preceitos da Reforma Psiquiátrica. Entretanto, reinsere-se agora o hospital psiquiátrico, travestido de hospital especializado. Se, historicamente, comemorou-se a reversão do modelo assistencial, teme-se agora que ocorra uma nova reversão, restaurando a antiga condição de um sistema hospitalocêntrico. Gonçalves, Vieira, Delgado (2012) demonstram a reversão no financiamento do modelo assistencial ocorrida na primeira década dos anos 2000. Segundo os autores, entre 2001 e 2009 houve aumento de 51,3% no gasto em saúde mental no Brasil. A maior ampliação ocorreu no âmbito extra-hospitalar, sendo que no componente hospitalar houve decréscimo de investimento, acompanhando também o fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos. Outro dado importante é que 2006 foi o primeiro ano da série histórica em que os gastos com os componentes extra-hospitalares foram maiores do que os gastos com o componente hospitalar, indicando que o financiamento acompanha a reversão do modelo assistencial. Diante do cenário apresentado com as novas políticas de saúde mental, com aumento do repasse financeiro para leitos psiquiátricos e a permissão de sua ampliação, corre-se o risco de sucateamento dos CAPS e a impossibilidade de novas implantações, implementações e melhoria.

3.6. A história da Saúde Mental em Ponta Grossa: Uma breve contextualização

A cidade de Ponta Grossa está localizada no segundo Planalto do Paraná, atualmente com uma população de 334.535 habitantes segundo IBGE (2014) e a 116 quilômetros da capital Curitiba. Suas principais atividades econômicas são a Indústria, comércio, pecuária e agricultura, de acordo com o site da Prefeitura Municipal. Com uma população formada por imigrantes ucranianos, alemães,

russos, poloneses, sírios, libaneses entre outros, Ponta Grossa hoje é o quarto município mais populoso do estado. (PMPG/UEPG/SESI, 2019)

A fim de entender a assistência em saúde mental no município de Ponta Grossa, é importante conhecer seu histórico no estado do Paraná primeiramente. Wadi (2009) aponta que o primeiro hospital psiquiátrico do estado foi o Hospital Nossa Senhora da Luz, fundado em 1903 e que centralizou por quarenta anos o cuidado de pessoas com transtorno mental do Paraná. Em 1945 foi criado o Hospital Bom Retiro e 1954 o Hospital Adauto Botelho, todos na região de Curitiba, centralizando o cuidado ainda na capital. A ampliação dos hospitais psiquiátricos deu-se durante as décadas de 1960 e 1980, estendendo-se ao interior do estado.

Antes desta ampliação, no município de Ponta Grossa, segundo Mello Neto (1995) *apud* Vosgerau (2012) as pessoas que possuíam algum transtorno mental mas não tinham condição financeira para serem internadas nesta ala eram enviadas para a cadeia pública municipal onde permaneciam encarceradas até que a “crise passasse”. Aponta ainda que o número de pessoas com transtorno mental encarceradas era muito superior ao número de internados nesta ala, tratados também como pessoas perigosas e incapazes de permanecer em liberdade.

Somente em 1967 é fundado o Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha, devido a esta alta demanda, tornando-se então referência na assistência as pessoas com transtornos mentais na cidade e os outros municípios que compõe a 3° Regional de Saúde. As principais diretivas em relação as políticas de saúde mental do estado serão estruturadas da lei estadual nº 11.189/95, que cria o comitê Interestadual de Saúde mental, mas é somente em 2004 que as atividades do Franco da Rocha são encerradas.

Esta lei estadual supracitada, sancionada pelo governo do estado dispõe sobre o cuidado de pessoas com transtornos mentais, onde defende a condição digna no tratamento e garantia dos seu direitos, onde condiciona a internação involuntária somente através de laudo médico e a substituição do modelo hospitalocêntrico de forma gradual por uma rede de serviços integrados como

ambulatórios, centros de convivência, centros comunitários, hospitais-dia, hospitais-noite e centros de atenção psicossocial.

É importante frisar que a criação desse comitê deu espaço para a participação nos conselhos de saúde e assim direcionar o cuidado em saúde mental dentro do estado, pautado num atendimento psicossocial, que atendesse as demandas de cada região, tendo os municípios autonomia na organização de suas próprias políticas. (WADI,2009)

Mesmo antes do encerramento da atividades do Hospital Franco da Rocha em 2004, o município já contava com Ambulatório de Saúde Mental, fundado em 1989. Após o fechamento do hospital, neste mesmo ano foi inaugurado na cidade o CAPS AD. Logo em 2006 o CAPS II, ou chamado também na cidade de CAPS TM (Transtorno Mental). Ainda neste ano o então Franco da Rocha é transformado em um hospital geral e passa a se chamar Hospital São Camilo, onde dos 80 leitos, 10% eram destinados a psiquiatria. O Pronto Socorro municipal passa a atender as emergências psiquiátricas, iniciando o atendimento em formato de rede. (VOSGERAU,2011)

Devido à falta de uma equipe mínima para o funcionamento e a impossibilidade de novas contratações de funcionários para compor a mesma o CAPS TM passa a ser terceirizado no período entre 2007 e 2015, sendo gerido por diferentes empresas nestes anos. A gestão terceirizada culminou em um aumento considerável de casos desassistidos e automaticamente no aumento de processos dentro dos serviços de justiça, principalmente do Ministério Público pois não havia nenhum encontro formal entre os dispositivos da rede de atenção psicossocial do município.

Visto este distanciamento entre os pontos de atenção e a dificuldade do manejo dos casos considerados graves, o então promotor da época emitiu em 2014 a Recomendação Administrativa n°10/2014, onde solicita ao município providências, entre elas a estruturação dos serviços CAPS III, CAPS AD III com a contratação de pessoal e ampliação dos serviços já existentes e formação e qualificação dos funcionários acerca da reabilitação psicossocial através de supervisão clinico-institucional dos CAPS. Foi dado um prazo de trinta dias ao município para adequação e respostas, culminando na desterceirização do

CAPS TM e ampliação da equipe do CAPS AD. Somente o CAPS IJ permaneceu terceirizado. Esta recomendação administrativa encontra-se na diretoria de saúde mental e serve até hoje como condutora das ações desenvolvidas pelo MP e CAPS, sendo o promotor responsável por acompanhar se as diligencias nela contidas estão sendo cumpridas. Na época em que foi emitida, foi divulgada pela mídia da cidade, visto o apelo da população por melhorias dos serviços de saúde mental, como pode-se ver na imagem abaixo:

GERAL

DIÁRIO DOS CAMPOS 7A

MP recomenda adequações na Rede de Atenção Psicossocial

Ministério Público quer que Prefeitura de Ponta Grossa providencie melhorias em Unidades Básicas de Saúde e também nos Centros de Atenção Psicossocial

Nos Caps são necessárias melhorias no atendimento a adultos, adolescentes e crianças

DAS ASSESSORIAS

A Promotoria de Justiça de Proteção à Saúde Pública de Ponta Grossa expediu recomendação administrativa para que o Município adote todas as providências necessárias, como gestor municipal do Sistema Único de Saúde (SUS), para estruturar a Rede de Atenção Psicossocial, com equipes mínimas de atendimento à população. De modo geral, o principal problema observado pelo Ministério Público (MP) na cidade é a falta de profissionais especializados, em número suficiente para atender a demanda.

Entre as medidas que a Prefeitura de Ponta Grossa

ponsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, além de ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Para tanto, devem ser observados os seguintes parâmetros: uma Unidade Básica de Saúde para no máximo 18 mil habitantes ou uma unidade para no máximo 12 mil habitantes. No caso da Saúde da Família, as equipes deverão ser compostas por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saú-

número suficiente para cobrir 100 % da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por agente comunitário de saúde e de 14 agentes por equipe).

Em relação aos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), de modo geral, são necessárias, conforme a recomendação, melhorias no atendimento a adultos, adolescentes e crianças.

Os Caps classificados como "III" deverão ser estruturados e capacitados para atender pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, proporcionando serviços de atenção contínua,

"Prefeitura terá que adotar estruturação das Unidades Básicas de Saúde"

taguarda clínica e acolhimento noturno a outras demandas de saúde mental, com equipe técnica mínima para atendimento de 40 pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 pacientes por dia.

Para isso considera-se necessário a presença de dois médicos psiquiatras, um enfermeiro com formação em saúde mental, cinco profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo) e oito profissionais de nível médio. O MP destaca que os atuais Centros em funcionamento operam com a equipe incompleta, em razão da ir-

programas.

A Promotoria de Justiça fixou prazo de 30 dias para que seja encaminhada resposta, por escrito, informando quanto à adoção das providências solicitadas. Em caso de descumprimento, o Município está sujeito a ações judiciais, bem como os agentes que, por ação ou omissão, violarem ou permitirem a violação dos direitos das pessoas em sofrimento psíquico.

Prefeitura

Em nota, a coordenadora de Saúde Mental, da Secretaria Municipal de Saúde, Ana Paula Rocha, informou que recebeu o documento e no que compete a organização da Rede Psicossocial já foram tomadas às devidas providências. "Outras medidas estão progra-

'Estrada para a Cidadania' realiza apresentações

As crianças atendidas pelo programa Estrada para a Cidadania em Ipiranga terão um dia especial hoje. O município recebe duas apresentações da peça 'Vamos cuidar do que é nosso', teatro que encerra as atividades do programa realizado pela CCR Rodonorte neste ano em Ipiranga. O espetáculo, que passa pelas 12 cidades atendidas pelo 'Estrada para a Cidadania' no Paraná, se apresenta na Quadra de Esportes do Bairro Santo Antônio em dois horários: 9h30 e 14h30.

Como já tradição nos teatros do programa, a peça é 'estrelada' pela dupla Lucas e Luiza, que são os personagens do material didático utilizado pelo 'Estrada para a Cidadania' com os alunos de 4º e 5º ano do ensino fundamental. Com a ajuda de personagens ma cantes do folclore brasileiro apresentação ressalta valo como a preservação da na reza, o consumo conscient água e a coleta seletiva do

Agenda

Ontem, o espetáculo apresentou para os alun Jaguariaíva, enquanto gi recebeu a peça na quarta-feira. Na próxi gunda-feira, será a Cine-Teatro Ópera, em Grossa, receber as ap

FIGURA 1: Matéria produzida pelo jornal Diário dos Campos em novembro de 2014 a partir da Recomendação Administrativa. (FONTE: Prefeitura Municipal de Ponta Grossa)

Nesta Recomendação Administrativa ainda inclui-se a implantação de equipes do serviço denominado Núcleo de Atenção de Saúde da Família, NASF, bem como a implantação de ações de saúde mental nas Unidades básicas de Saúde, UBS, funcionamento com equipe mínima conforme portaria em todas as Estratégias de Saúde da família, ESF, implantação de uma equipe de consultório de rua, unidade de acolhimento adulto/infantil e de estratégias de desinstitucionalização e desenvolvimento de ações de caráter intersetorial destinadas à reabilitação psicossocial, culminando na criação do comitê intersetorial de saúde mental.

Em março de 2015 a nova equipe do CAPS assume, sendo assistida por uma supervisora ligada ao Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental - MTSM e militante ativa da reforma psiquiátrica. Neste período há uma contratação considerável de novos funcionários para os três serviços de saúde mental sob responsabilidade da chamada agora Diretoria de Saúde Mental. Neste mesmo período são recebidas verbas para capacitação dos funcionários e incentivo para ações matriciais.

Em 2016, através do decreto municipal 10.925/16 é instituída a criação do comitê intersetorial de saúde mental, pensando ações que possibilitassem a acessibilidade aos serviços de saúde, bem como ações de promoção e prevenção em saúde mental, sendo composto por 10 órgãos, sendo estes:

-Secretaria Municipal de Saúde

-Secretaria Municipal de Educação

-Secretaria Municipal de Políticas Públicas Sociais

-Secretaria Municipal de Administração e Recursos Humanos

-Secretaria Municipal de Cidadania e Segurança Pública

-Secretaria Municipal de Governo

-Secretaria Municipal de Meio Ambiente

-Secretaria Municipal de Indústria, Comércio e Qualificação Profissional

-Secretaria Municipal da Infraestrutura e planejamento

-Fundação Municipal de Cultura

-Fundação Municipal de Esportes

-Fundação Municipal de Turismo

-Autarquia Municipal de trânsito e transporte.

Cada representante setorial deveria ser indicado, junto de um suplente via portaria especifica para o prefeito municipal. Ainda como funções deste comitê: construção de diagnósticos de ações com enfoque na saúde mental e integração

e alinhamento das ações entre os serviços componentes, com reuniões com calendário pré-estabelecido

Ainda sobre o comitê intersetorial, em 2018 o prefeito novamente por meio de um decreto, o n° 13.942/2018 dispõe sobre o regimento do comitê intersetorial de saúde mental. É neste mesmo espaço que se formaliza o encontro entre Ministério Público e a saúde mental.

3.7. A saúde como direito ou o direito à saúde? Algumas implicações sobre a Judicialização da saúde

Entende-se como Estado a organização de um povo dentro de um determinado território e que possui sempre uma finalidade. Todo Estado possui uma Constituição, que é a forma como ele se organiza, representando sua lei suprema, composta por regras relacionadas à sua organização, exercício, transmissão e limitação do poder deste e enumeração de direitos e garantias fundamentais dos indivíduos que a que ele pertencem. Baremblitt (2002) coloca o Estado como a maior das Instituições, sendo detentora de todo poder e controle sobre a sociedade de maneira hegemônica.

Para entender a relação entre saúde e justiça, volta-se ao período da segunda guerra mundial. Esse período é marcado por milhares de mortes, crises econômicas e políticas e principalmente a violação dos mais diversos direitos dos indivíduos. Em 1948 cria-se a Organização das Nações Unidas (ONU), numa tentativa de estimular a cooperação entre as nações e formulada a Declaração Universal dos Direitos Humanos, constituída por artigos que garantem a liberdade, a justiça e a paz mundial. O período pós-guerra coloca a sociedade diante de um cenário bastante estarrecedor, servindo de incentivo para a criação de novas constituições, onde se intensificam os conceitos de justiça social e direitos humanos. Esse fenômeno incumbiu ao Estado a responsabilidade de viabilizar serviços que garantam o equilíbrio social e a dignidade humana, as chamadas “liberdades sociais” (BRAUNER E FURLAN, 2013).

Entende-se enquanto direitos humanos os direitos que o indivíduo possui simplesmente pelo fato de ser humano, evidenciando sua importância por existir. Já os direitos fundamentais são aqueles reconhecidos de maneira internacional,

sendo garantidos pela sociedade na qual o indivíduo está inserido. Ao falar de direitos humanos, entende-se a garantia de condições essenciais de vida a todas as pessoas do mundo.

O artigo XXV da Declaração dos Direitos Humanos assegura que todo ser humano tem direito a saúde e bem-estar, alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis. Sendo assim, o direito à saúde torna-se sinônimo do direito à vida. No Brasil, antes da criação constituição de 1988, as pessoas que precisavam de serviços de saúde precisavam pagar por eles ou depender de estabelecimentos filantrópicos e de caridade, ou seja, a saúde por muitos anos era sinônimo de favor ou mesmo um privilégio da classe trabalhadora. Asensi (2010) completa:

> O direito à saúde, em virtude do seu atributo de direito fundamental, recebeu a qualificação de norma constitucional de eficácia plena, ou seja, possui força normativa suficiente para sua incidência imediata e independente de providência normativa ulterior para sua aplicação. O caráter pleno de eficácia de uma norma diz respeito à ideia de que, desde a entrada em vigor da Constituição, tais normas produzem, ou têm a possibilidade de produzir, todos os efeitos essenciais relativos aos interesses, comportamentos e situações, que o constituinte direta e normativamente quis regular, sendo garantida a existência de um aparato jurídico-institucional para a sua efetivação. (p.35)

Com a promulgação da Constituição de 1988, a saúde passa então a ser garantida enquanto direito fundamental, ou seja, um direito básico, onde cabe agora ao Estado o papel de promover o acesso universal e igualitário a todo cidadão dentro do conjunto de direitos sociais. De acordo com o artigo 196: *"A saúde é 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 serviços para a promoção, proteção e recuperação". (BRASIL, 1988)*

A partir do momento que os direitos passam a ser concebidos a partir de uma constituição, eles são subordinados a um crivo das instituições jurídicas. Esse fenômeno constituído pela influência do Poder Judiciário nas instituições políticas e sociais chama-se de Judicialização da saúde. Ventura *et al.* (2010) apontam que esse conceito engloba reivindicações e modos de atuação legítimos de indivíduos e instituições que garantam os direitos afirmados na

constituição, reivindicações estas que incumbem ao Estado o dever de prestar assistência em saúde.

Em relação a prática da Judicialização da saúde, Mocelin (2013) comenta que mesmo com a consolidação do Sistema Único de Saúde, com suas diretrizes pautadas na universalidade, equidade e integralidade da assistência em saúde, o governo brasileiro não apresenta desde então as condições financeiras, estruturais e pessoais, necessárias à consolidação dessa política de saúde, visto que o governo adota ações de cunho neoliberal incentivando privatizações e a transformação da saúde em mercadoria, afetando a consolidação do projeto da reforma sanitária e das diretrizes do SUS. A iniciativa privada, ao se vincular com o chamado “complexo industrial a saúde”, não contribuiu com o avanço de projetos e ações do SUS e com o acesso da população aos serviços públicos de saúde.

Esse fenômeno resultou em um Sistema Único de Saúde pautado em um modelo hegemônico de atendimento, centralizado na figura do médico e do medicamento, aonde o acesso ao invés de integral e universalizado é limitado, permeado por procedimentos na sua maioria de baixa complexidade e sem possibilidade de implementar ações voltadas na promoção e prevenção em saúde. Mesmo sendo a saúde um direito fundamental já garantido na constituição brasileira, o grande desafio do SUS é garantir a sua efetivação e manter coerente a prática do direito legal à saúde dentro das suas atuais conjunturas, ou seja, conciliar aquilo que deve ser cumprido com aquilo que pode ser cumprido. Diante disso, a sociedade brasileira ora reivindica por alterações na legislação, ora reivindica que essa legislação seja colocada em prática de fato (MOCELIN,2013).

A garantia do direito à saúde através da justiça inicia-se no Brasil na década de 1990 onde diversas pessoas exigem o acesso a serviços, tratamentos e medicação para Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, a AIDS. Num primeiro momento essas decisões jurídicas eram ligadas diretamente ao fornecimento de medicamentos e tratamentos específicos de forma isolada, porem ao passar dos anos essa interferência da justiça na saúde tem ocorrido de maneira mais sistematizada, principalmente por intermédio do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), que busca organizar de maneira estratégicas essas

“novas políticas jurídicas de saúde” (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2015).

O Ministério Público, MP, é um órgão de justiça, independente que de acordo com a constituição federal, é o responsável pela defesa da ordem jurídica, da democracia e dos interesses sociais e individuais considerados indisponíveis. Este dispositivo tem como função garantir e assegurar os direitos do indivíduos e coletividades. Mesmo sendo um serviço da justiça, não está subordinado ao poder judiciário. Sua atuação é ampla e se insere nos mais diversos contextos, entre eles, a saúde pública. O MP deve ser representado em todos os municípios, sendo fácil o seu acesso ao público. Os ministérios públicos estaduais atuam junto aos tribunais de justiça estaduais, já o Ministério Público Federal, MPF, atua junto da justiça federal e do Ministério Público da União. (MINISTÉRIO PÚBLICO DA UNIÃO).

Isto posto, a Judicialização da saúde pode ser entendida como a expressão dos problemas que a população enfrenta em relação ao acesso a saúde, num conflito entre o desempenho do sistema e a sua oferta, onde a procura pelo poder judiciário torna-se um recurso legítimo para que o direito à saúde se concretize. Isso explica a grande ocorrência de solicitações judiciais atendidas diariamente no país.

O crescimento da Judicialização, de acordo com Barroso (2009), pode causar um desiquilíbrio e disfunção dos sistemas envolvidos, podendo causar prejuízos significativos à efetividade do direito à saúde podendo inclusive violar princípios éticos e legais como o acesso igualitário e integral aos serviços de saúde, como é garantido pelas diretrizes do SUS.

Castro(2011) aponta que são muitas as ações judiciais que acabam desrespeitando a organização e funcionamento da saúde pública. Mocelin (2013) corrobora com a ideia quando comenta que muitas solicitações são acatadas de forma urgente pelos magistrados sem oportunidade de conhecer o ponto de vista do profissional da área médica, onde ele toma sua decisão baseado na premissa de que precisa cumprir seu papel e garantir o direito da pessoa à saúde.

Estas ações podem acarretar efeitos bastante negativos nas políticas públicas de saúde, onde muitas vezes as ordens judicias são dadas de maneira padronizada, automática levando a uma solução insatisfatória do ponto de vista dos profissionais e do sistema de saúde, limitando suas ações e impossibilitando outras alternativas para solucionar a demanda, geralmente reduzidas a ações cientificamente aceitas e recursos ainda pautados no modelo hegemônico do hospital, do médico e do medicamento.

Um dos modos de expressão da Judicialização no campo da saúde mental se manifesta através das solicitações de internação psiquiátrica que mesmo com a promulgação das novas políticas o novo modelo de atenção psicossocial ainda é considerada por muitos como a única ou a principal forma de tratamento para pessoas com transtorno mental. Mesmo possuindo critérios para que de fato aconteça, o internamento compulsório é visto no imaginário social como único recurso disponível e por isso é bastante requerido, na maioria vezes pelos próprios familiares. É importante considerar que, apesar das propostas de mudanças no plano da assistência, visando um redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental, a cultura manicomial permanece presente na sociedade. Campello e Lavrador (2001) mencionam os chamados desejos de manicômio, que constituem-se como os desejos socialmente instalados de esquadrinhar, controlar, hierarquizar e excluir aquilo que é considerado diferente ou com o que a sociedade não sabe como lidar.

Todos os pedidos de internação compulsória precisam ser expedidos pelo juiz. É importante salientar que mesmo havendo solicitação judicial os internamentos involuntários e compulsórios só deverão ser realizados mediante solicitação médica, onde somente os serviços de saúde serão incumbidos a executar as ações necessárias, tornando-se então uma ação intersetorial, respeitando aquilo que está garantindo na lei 10.216.

A justiça pode ter um papel ambíguo diante da pessoa com transtorno mental: ora ela pode atuar via provedora do cuidado, garantindo a este sujeito o acesso à saúde e aos demais direitos, ora atuando como mecanismo de controle, atuando sobre a sua liberdade e autonomia. Garantir a saúde enquanto direito pode ser um avanço mas pode também trazer desafios e em relação ao modo como ela será garantida, visto a complexidade de colocar este direito em prática diante de tudo que nele implica. (ASENSI,2010)

4. METODOLOGIA

4.1. Referencial teórico-metodológico:

Essa pesquisa caracteriza-se como uma investigação qualitativa, sob o referencial da análise institucional. Para L'abatte (2003), o movimento institucionalista se desenha a partir da década de 1940 na Europa, especificamente na França, composto pelos mais diversos movimentos e disciplinas, mas que não se restringem somente a uma escola. No Brasil, o movimento institucionalista emergiu na década de 1970 dentro de diversos programa de pesquisa. Pode-se considerar a Análise Institucional como um dos movimentos que aglomera as mais diversas práticas e saberes.

Dentro da pesquisa, o desafio da análise institucional é convocar a produção de novas realidades. O institucionalista tem como tarefa desmembrar determinadas dicotomias como sujeito-objeto e teoria-prática, contrapondo-se a ideia de rigidez e disciplinarização, abrindo-se para a construção de conceitos que atravessam os diversos campos de maneira transversal. A pesquisa-intervenção é para o institucionalismo uma aliada na criação de uma intervenção que provoque a mudança a partir do sujeitos implicados no processo, através de intervenções nos estabelecimentos envolvidos, analisando seu cotidiano, seus dispositivos e relações. (SZYMANSKI e CURY, 2004)

Para intervir em uma instituição, o trabalho desenvolvido precisa partir de alguma ligação que o pesquisador tem com ela, ou seja, partir do chamado conceito de implicação. Para Romagnoli (2014), o método cientifico é reforçado pela ideia de objetividade e neutralidade, criticando a presença do pesquisador no campo a ser pesquisado. Em meio à um modelo de pesquisa cientifica que trabalha apenas com recortes da realidade pautados na rigorosidade metodológica, emerge na contramão o chamado pesquisador implicado. Deste modo, o pesquisador ocupa um lugar de privilégio, onde é capaz de analisar as relações de poder, principalmente aquelas que o atravessam. Na análise de implicação, não existe diferença ou separação entre o ato de pesquisar e o ato de construir conhecimento, estando o pesquisador imerso nessa instituição, nesse campo, mesmo que não o queira (FORTUNA et al 2016).

Monceau (2015) chama de implicação profissional, entendendo-a como um conjunto de ações que envolvem uma profissão. Essa implicação constantemente se atualiza e se potencializa de acordo com os contextos nos quais esse profissional se insere, envolvendo sua fala, atos, ações e o modo como se relaciona com esse trabalho e com os demais profissionais, diretamente ligadas as dimensões ideológicas, libidinais e organizacionais da instituição na qual ele está inserido.

4.2. Dispositivos de produção de dados

Na análise institucional, o processo de construção da pesquisa acontece de forma dinâmica, onde a investigação, analise e efeitos vão se construindo no decorrer da mesma, ou seja, os dados vão se produzindo em que o pesquisador se depara com dados que estão em produção, pois o processo de investigação é complexo e dinâmico, não pronto. (Fortuna *et al*, 2014)

Esta pesquisa constituiu 3 (três) dispositivos de produção de dados: entrevista semi-estruturada, análise de documentos e observação participante. Em um primeiro momento, dividiu-se esta pesquisa em duas etapas, mas por conta de mudanças ocorridas durante o processo, as mesmas foram alteradas, conforme a descrição abaixo:

1ª Etapa: Nesta etapa inicial seria desenvolvida uma pesquisa documental. Esta pesquisa se realizaria através do levantamento de ofícios recebidos pelo ministério público nos últimos três anos (2017,2018,2019) no serviço Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II). Foi escolhido este período justamente pela ocorrência das reuniões intersetoriais. A partir do levantamento desses ofícios, os dados neles contidos seriam dispostos em uma tabela, possibilitando a posterior organização, sistematização e visualização dos dados. Esses dados seriam pré-analisados, resultando em um relatório. Neste primeiro momento seria realizada também uma entrevista semiestruturada com a diretora de saúde mental a fim de conhecer mais sobre o histórico dessas reuniões, visto que ela presenciou a sua criação e acompanha até os dias atuais.

2ª etapa: A segunda etapa se daria através da participação da pesquisadora nas reuniões mensais que ocorrem entre os serviços de saúde mental com o Ministério Público, instituída a partir desta recomendação administrativa. Geralmente participam da mesma o promotor de saúde e seus assessores, coordenadores de serviços de saúde mental CAPS II, CAPS AD, CAPS IJ e Ambulatório de Saúde Mental, diretora da Saúde Mental de Ponta Grossa, dois auxiliares e demais profissionais da rede de apoio socioassistencial e de saúde que eventualmente são convidados para participar das reuniões (representantes de asilos, serviços de assistência social, unidades básicas de saúde, etc.) A proposta era observar e acompanhar essas reuniões e se aproximar do campo e dos participantes, conhecendo como se dá a relação entre os serviços de saúde mental e o Ministério público no município em relação ao internamento antes e depois da criação do mesmo e como são vistas e avaliadas as intervenções realizadas até o momento pelos trabalhadores envolvidos nesse processo.

Este planejamento precisou ser alterado devido ao período de recesso no início do ano, onde a primeira reunião do ano realizou-se somente em maio de 2019. Outro fator importante foi a mudança de coordenação da diretoria de saúde menta, CAPS II e CAPS AD, ocasionando o retorno tardio desta reunião. Além disso, foi comunicado também que aquela seria a última reunião como até então promotor de saúde, que comunicou a sua transferência para outra área do Ministério Público. Visto esta limitação de tempo, optou-se por ir direto para intervenção no grupo, onde foram feitas as perguntas disparadoras acerca daquele processo de trabalho. Todas as ações e observações foram registradas em um diário de pesquisa e o conteúdo do grupo foi gravado e transcrito após a aceitação de todos os envolvidos através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE.

No primeiro momento ocorreu a reunião conforme o protocolo já existente, para no seu final ser disponibilizado tempo para a apresentação da pesquisa e dos seus objetivos para finalmente serem realizadas algumas perguntas norteadoras. Quando a pesquisa foi devidamente apresentada e os termos assinados, foi aberto um momento para discussão e reflexão acerca da prática realizada a partir da avaliação das ações conjuntas entre os serviços da saúde

mental e o Ministério Público. Também foram realizadas duas entrevistas semiestruturadas com duas funcionárias que acompanharam a implementação deste comitê intersetorial, sendo uma delas, diretora da saúde mental em 2015.

O segundo momento foi o levantamento dos ofícios judiciais destinados ao serviço CAPS II. Os ofícios ficam todos arquivados no gabinete da secretária de saúde. De acordo com a responsável pelo recebimento, distribuição e posterior arquivamento, os ofícios permanecem lá até a total ocupação do armário, e quando passam alguns anos, são enviados para o almoxarifado geral da prefeitura. Por medida de segurança os ofícios permanecem sob responsabilidade da secretária de saúde, visto que ela é responsabilizada por eventuais descumprimentos, mantendo assim o controle de todos os ofícios que chegam até a secretaria. Foram encontrados 1260 ofícios recebidos no ano de 2017 e 1194 ofícios do ano de 2018. Destes ofícios, 73 em 2017 e 108 em 2018 eram de órgãos da justiça para o serviço CAPS II. Estes ofícios foram organizados em uma tabela, para posterior análise.

Para Guizardi, Lopes e Cunha (2011), a análise institucional propõe às pessoas que as mesmas parem e se questionem sobre aquilo que elas têm feito, questionando aquilo que muitas vezes é feito, repetido de forma naturalizada a ponto de pensar que não poderiam ser diferentes. A proposta da discussão em grupo é provocar este movimento, de dar novos sentidos e significados às práticas cotidianas desses profissionais.

4.3. Registro dos dados

A reunião foi gravada e posteriormente transcrita, mediante ciência e consentimento dos participantes. O pesquisador também produziu um diário de pesquisa, com a finalidade de registrar reações, impressões e falas dos participantes, o qual serviu de suporte numa análise posterior. Em relação as entrevistas, o processo deu-se por igual. Em relação à pesquisa documental, os ofícios encontrados foram dispostos em uma tabela, possibilitando a organização e sistematização dos mesmos em dois gráficos.

4.4. Análise dos dados

Nessa leitura, buscou-se identificar aspectos que caracterizem a relação entre saúde e judiciário, tanto os aspectos instituídos ou cristalizados quanto os movimentos instituintes, de inovação e ruptura. A partir da produção de dados, produziram-se também analisadores. Foi discutido com os participantes sobre o papel desta reunião intersetorial, ressaltando como lidam com os aspectos instituídos e instituíntes da realidade em análise. Conceitos da análise institucional, como autoanálise e autogestão, analisador, análise de implicação, entre outros, serão utilizados para os procedimentos analíticos.

Na análise institucional, entende-se por analisadores efeitos ou fenômenos não-ditos da instituição, ou seja, aquilo que não é realizado, os comportamentos proibidos. Consideram-se, em geral, dois tipos de analisadores: os analisadores espontâneos, naturais ou também chamados de históricos, que são aqueles que se produzem de forma natural através da história na sociedade e os analisadores artificiais ou construídos, que são criados pelo analista para contribuir no surgimento de saberes, de conflitos e dos possíveis caminhos projetados na vida de uma instituição (BAREMBLITT, 1992).

4.5. Aspectos éticos

Esta pesquisa foi pensada respeitando os critérios estabelecidos pela resolução 466/2012 e pela resolução 510/2016, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unicentro. A participação dos trabalhadores participantes da reunião deu-se de forma voluntária, onde foi repassado aos participantes os objetivos e metodologia da pesquisa, bem como o esclarecimento de possíveis riscos e desconfortos da mesma. A participação dos mesmos foi efetivada através da assinatura do Termo de Consentimento livre e esclarecido (TCLE), garantindo que todas as informações coletadas seriam utilizadas somente para esta pesquisa e que dados pessoais não seriam divulgados quando os resultados forem apresentados.

O risco apresentado pela mesma é mínimo, mas caso houvesse o desconforto por parte dos participantes, os mesmos poderiam solicitar a

desistência da participação e teriam o suporte disponível caso necessitassem em qualquer momento da pesquisa. Os benefícios e contribuições esperados a partir deste estudo é promover para o diálogo entre os diversos pontos de atenção da rede psicossocial e a contribuição no trabalho desenvolvido por esses profissionais envolvidos, bem como a possibilidade de garantir um serviço que tem a possibilidade de se aprimorar sempre, beneficiando a comunidade.

5. RESULTADOS

5.1. Diretoria de Saúde Mental de Ponta Grossa

Como anteriormente citado, Ponta Grossa por muitos anos contou com o Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha, que encerrou suas atividades em 2004. Antes mesmo do seu fechamento, outro serviço de saúde mental já existia, o Ambulatório de Saúde Mental, ASM, que funcionava desde 1989. Nele trabalhavam médicos psiquiatras e psicólogos, que atendiam pessoas com transtornos mentais comuns. Este serviço chegou a contar com mais de dez médicos, sendo uma referência na cidade. Atualmente o serviço ainda existe e divide seu local físico com o centro de convivência, que é aberto à comunidade e realiza diversos trabalhos em grupos e uma iniciativa de geração de renda. Hoje o ambulatório conta com uma equipe multidisciplinar que dispõe de acompanhamento terapêutico para pessoas em sofrimento psíquico.

O CAPS AD, inaugurado no ano de 2004 iniciou sua caminhada com uma pequena equipe de funcionários, convidados pelo então gerente de saúde mental a iniciar este novo desafio. Em 2006 é criado o CAPS TM, também com uma pequena equipe iniciando seu trabalho. Por conta de mudanças na gestão, ocorre neste período uma demissão em massa dos psiquiatras do ASM, fazendo com que as equipes dos CAPS tivessem muita dificuldade em dar continuidade ao serviço. Logo as equipes vão se reduzindo e o município vê a necessidade de terceirizar um dos CAPS para então deixar os poucos funcionários que haviam em um deles. Opta-se por manter o CAPS AD, o mais antigo e terceirizar o CAPS TM. Por volta de 2012 implanta-se o CAPS IJ, mas devido a esta dificuldade de pessoal, ele é também terceirizado.

A partir de 2015, o CAPS TM passa novamente a ser responsabilidade da gerencia de saúde mental, tendo sua equipe ampliada, juntamente com o CAPS AD. Atualmente o CAPS conta com uma equipe multidisciplinar e também com o suporte da residência Multriprofissional em saúde coletiva, sendo um campo de ensino em serviço para diversos residentes. O CAPS AD, que desde 2013 aguardava pela construção de sua sede própria, já desfruta do seu novo espaço desde o início de 2019. O CAPS IJ permanece terceirizado, mas desenvolve um trabalho em conjunto com os demais serviços, possibilitando um trabalho bastante amplo.

Desta forma, hoje a diretoria de saúde mental conta com quatro serviços e também com um comitê de saúde mental, criado por solicitação da recomendação administrativa de 2014 e vem buscando a ampliação das equipes, a transformação do CAPS AD em CAPS AD III (24 horas) e também a implantação das Unidades de Acolhimento, projeto este em andamento. Formou-se um colegiado de saúde mental que se encontra semanalmente a fim de reunir os serviços e discutir suas demandas, bem como ações conjuntas e também aspectos administrativos.

Em relação ao comitê de saúde mental, este espaço possibilita o encontro dos serviços com os demais dispositivos da rede. As reuniões com o ministério público surgem através deste comitê, onde ambas as esferas utilizam-se deste momento para discussão dos casos. É nesta reunião também que o Ministério Público consegue acompanhar o cumprimento ou não das diligências solicitadas na recomendação administrativa de 2014.

Em relação ao serviço em foco nesta pesquisa, o CAPS II, ou também chamado CAPS TM, ele está situado em um bairro nobre da cidade, com localização centralizada. Seu funcionamento é de segunda a sexta feira, atendendo das oito até as dezoito horas. Atualmente conta com uma equipe composta por:

-1 enfermeira coordenadora, especialista em saúde mental

-2 enfermeiros

-3 psicólogos

-2 médicos psiquiatras

-1 assistente social

-2 terapeutas ocupacionais

-2 profissionais da educação física

-5 técnicos de enfermagem

-2 auxiliares administrativos

-3 estagiários de ensino superior

-2 estagiários de nível médio

-2 auxiliares de serviços gerais

Esta equipe, por sua vez, é dividida em três miniequipes, cada uma responsável por um mini território, divisão feita e utilizada por toda a fundação de saúde. Como o município de Ponta Grossa é bastante extenso, seu território foi dividido em 4 distritos sanitários, sendo eles: Uvaranas I, Uvaranas II, Santa Paula/Oficinas e Nova Rússia/Esplanada.

O CAPS também faz parte dos campos de ensino da Residência Multiprofissional da PMPG, e conta com o suporte de profissionais das áreas de serviço social, farmácia, odontologia, medicina veterinária, educação física e enfermagem. Estes residentes permanecem no serviço de dois a quatro meses, acompanhando as atividades existentes e também propondo novas, dando um suporte significativo à equipe.

5.2. Interfaces entre saúde mental e justiça

Através dos dispositivos de dados produzidos na pesquisa, constatamos duas vias privilegiadas de entre a saúde mental e a justiça: os ofícios e a reunião intersetorial. Os ofícios, considerados como instrumentos formais, configuram-se como algo já instituído, ou seja, são oficialmente utilizados para a comunicação entre os dois serviços envolvidos, aparentando estar presente “desde sempre”. A reunião, por sua vez, aparece como um instituinte, que rompe com o que estava cristalizado, surgindo como um novo arranjo dos próprios

trabalhadores que percebem a partir das demandas, novas possibilidades de trabalho.

Para Lourau (2004), para que uma instituição de fato exista, precisa-se que dentro dela ocorram movimentos instituídos e instituintes em constante relação. Se os movimentos instituintes e instituídos se unem, isto pode contribuir para fortalece-la. Os agentes, neste caso, os trabalhadores da saúde mental e do MP são os responsáveis por dar vida a estes movimentos, eles protagonizam o funcionamento de ambas instituições através das suas práticas, como complementa Baremblitt (1996).

5.3. Ofícios

Entende-se por oficio, todo documento oficial expedido à alguma autoridade pública, empresas ou mesmo pessoas físicas com a intenção de comunicar ou solicitar algo. Geralmente são utilizados por funcionários de serviços públicos, mas pode ser encontrado em serviços privados também. Ou seja, o ofício possui a missão de estabelecer uma comunicação de forma oficial. (DICIONÁRIO DE DIREITO, 2018)

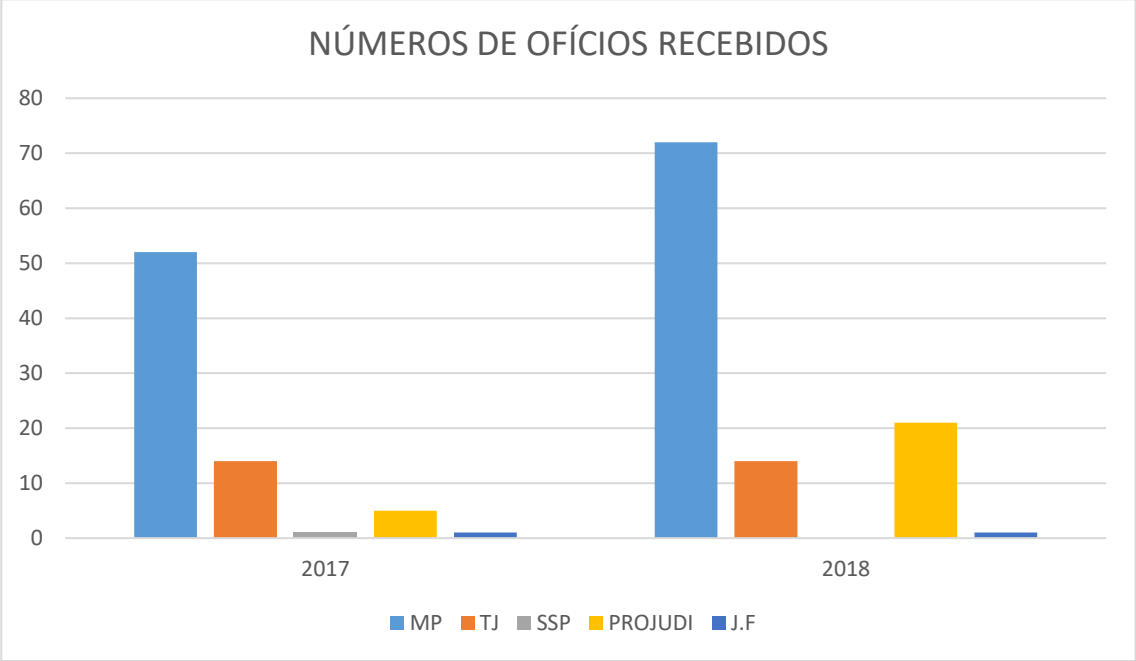
Quando os ofícios judiciais chegam ao CAPS, eles são direcionados aos terapeutas responsáveis pelo mini território em que o usuário em questão está inserido e referenciado, sendo de responsabilidade desta miniequipe de referência atender o que foi solicitado e também respondê-lo. Desta forma, quando o caso em questão necessita de mais de um ponto de ação envolvido, o território consegue matriciá-lo.

Um dos modos de compreender a relação entre a saúde mental e a justiça é através da análise dos ofícios recebidos pelo CAPS II, oriundos de órgãos da justiça. Para tanto, foi necessária à coleta dos ofícios recebidos pelo CAPS TM, que ficam armazenados no gabinete da diretora de saúde. Como já descrito, todo o oficio que chega à agora chamada Fundação de Saúde é recebido pela secretária da diretoria e então direcionado ao serviço responsável por atender a sua demanda. Após sua resposta, o mesmo retorna ao gabinete e lá fica arquivado. Ao questionar os funcionários do gabinete do porquê desta centralização, eles referem que haviam muitas perdas de ofício, sendo a

secretaria responsável por responder judicialmente por isso. A partir de 2019 instalou-se um novo sistema na prefeitura, onde os ofícios chegam por meio eletrônico, facilitando ainda mais este controle.

Desta forma, foram encontrados os seguintes ofícios no CAPS II: no ano de 2017 totalizaram-se 73 processos e em 2018, 108 processos. Após a análise de cada um deles, eles foram separados pelo órgão emissor e então pelo conteúdo da demanda, como pode-se ver a seguir:

Gráfico 1:



No gráfico 1 são apresentados os órgãos solicitantes que constam nos ofícios. São estes:

MP: Ministério Público

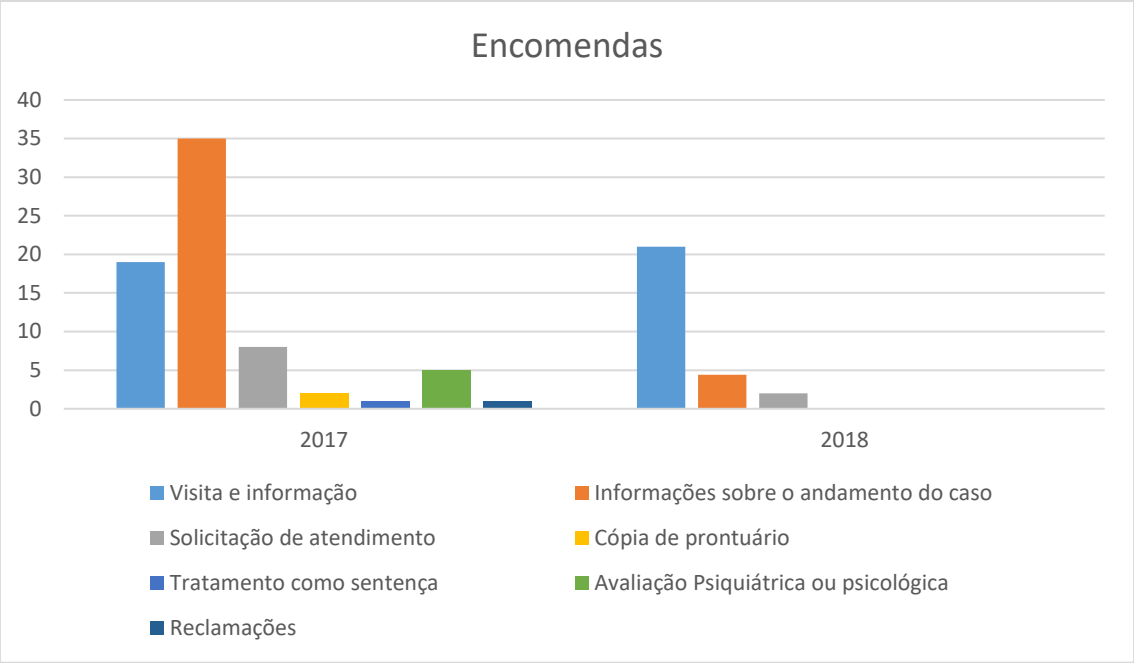
TJ: Tribunal de Justiça do Paraná

SSP: Secretaria de Segurança Pública do Paraná

PROJUDI: Tribunal de Justiça (Online)

J.F: Justiça Federal

Gráfico 2:



No gráfico 2 são apresentadas as encomendas. Encomenda, para Baremblitt (1996) é aquilo que é esperado do interventor, neste caso, o CAPS. Entende-se a encomenda como o pedido na sua forma mais conceitual. Desta forma, após analisar o conteúdo dos mesmos, foram criadas sete categorias distintas que possibilitarão a posterior analise. São estas:

Visita e informação: Nestas solicitações, incluem-se casos novos ou casos que já possuem cadastro no CAPS mas atualmente não estão sendo atendidos por nenhum dispositivo de saúde. Geralmente esses casos chegam até o MP através de denúncias de vizinhos ou instituições. Alguns processos também são abertos através do DISQUE 100 Direitos Humanos. O MP solicita que o serviço realize uma visita, avalie o caso e então decida como proceder com o caso, acolhendo no serviço ou então encaminhando para o órgão responsável. Como exemplo, tem-se o caso de uma “acumuladora”, onde o mal cheiro e os animais bravos incomodavam os vizinhos. Estes foram até a zoonoses para reclamar. Suspeitando de um caso de transtorno mental e do não acompanhamento de nenhum serviço da rede, este caso foi encaminhado para o CAPS, pra que a equipe pudesse realizar uma visita, uma avaliação e os encaminhamentos necessários. Deste modo, a partir do seu recebimento, a equipe em questão foi

até a casa da senhora e efetuou uma avaliação psicossocial da mesma. Percebeu-se que ela não possuía critérios que caracterizassem um transtorno mental grave ou persistente, para que fosse inserida no serviço CAPS, mas que era essencial que a mesma fosse acompanhada pela atenção primária devido a outras condições clinicas bem agravadas. A mesma possuía uma lesão no quadril que a impedia de se movimentar. Durante a visita a equipe sugeriu também o acompanhamento de veterinários, pois haviam animais bastante doentes, visto que as limitações físicas da mesma impediam um cuidado efetivo desses animais.

Estes ofícios compõe a maioria das solicitações judiciais e como resposta, as equipes descrevem o que realizaram e quando não acolhem no serviço, sugerem o melhor encaminhamento para o caso.

Solicitação de atendimento: Nos ofícios de solicitação, os órgãos solicitantes pedem o acompanhamento do usuário em questão no CAPS. Muitos desses casos não configuram a demanda atendida pelo serviço, passando apenas pelo acolhimento e então orientados a procurar o serviço mais adequado para atendê-los. Um exemplo relacionado a este tipo de solicitação é de uma jovem que fazia uso de substâncias psicoativas e ficava deambulando pelas ruas e expondo-se a riscos. Sendo assim, o MP sugere o acolhimento e acompanhamento da mesma no serviço, visto a condição de vulnerabilidade.

Nestes ofícios, os casos apresentados tem maior vulnerabilidade e gravidade e já possuem critérios de inserção no CAPS. A equipe também realiza uma visita ou busca ativa e então avalia a situação. Neste exemplo apresentado, a moça em questão foi encaminhada para o CAPS AD, pois estava em uso abusivo de substância psicoativa. A equipe possui autonomia para decidir onde será dado o tratamento.

Tratamento como sentença: Existem alguns casos onde o juiz em questão determina o acompanhamento no CAPS como cumprimento de pena. Nestes casos, o usuário passa por acolhimento e também só será acompanhado no

serviço se de fato, caracterizar demandas para ser inserido. Nestes ofícios pode-se observar casos de pessoas em conflito com a lei que estão atualmente reclusas e terminando de cumprir sua pena e que são então orientadas a cumprir o resto da pena participando das atividades do CAPS. Por conta da não concordância da equipe em transformar o tratamento em uma pena, foi inclusive solicitada uma reunião com o Patronato da cidade, órgão responsável por trabalhar o processo de reinserção de egressos na sociedade, entendendo que o tratamento deve estar pautado na ótica da autonomia, corresponsabilidade e liberdade.

Estes ofícios em questão levaram a equipe a reunir-se com os órgãos solicitantes para conversar sobre o tratamento baseado na autonomia do sujeito e não como uma pena. Disponibilizaram o serviço caso os usuários desejassem o tratamento mas não acataram o pedido da juíza em questão, respondendo o oficio com trechos da portaria de saúde mental.

Reclamações: Houve somente um oficio contendo uma reclamação e a solicitação de esclarecimentos da equipe sobre o caso. Neste caso isolado, a usuária em questão refere que necessita de um remédio, o qual não estava disponibilizado pela rede. Sua reclamação se referia à fata desta medicação na rede pública e a necessidade de uma consulta médica e do fornecimento desta medicação de forma gratuita. Passou pelo procedimento de acolhimento e triagem no CAPS mas não foi inserida, pois não caracterizava-se sua demanda como grave, sendo a mesma encaminhada para a rede de atenção primaria. Após o oficio, novamente a mesma passou por uma nova triagem, mas manteve-se a avaliação da primeira triagem e então a usuária deu sequência no seu tratamento via unidade básica de saúde.

Em resposta a este oficio, a equipe posicionou-se de maneira a explicar que existem critérios para que o usuário seja ou não inserido no CAPS e que as consultas medicas não são marcadas imediatamente, a fim de que o tratamento não seja voltado somente ao modelo ambulatorial. Após esta resposta, novamente a senhora retornou ao serviço e mais um oficio foi enviado

comunicando que a mesma não seria acompanhada na saúde mental mas pela atenção primária.

Informações sobre o caso: Estes ofícios contem a solicitação de informações atualizadas sobre casos que estão em acompanhamento pelo serviço. Geralmente esses são casos mais complexos, que exigem uma ação entre mais de um serviço da rede. Na medida que os casos vão sendo atendidos, os processos são encerrados. Um caso bastante emblemático é de um jovem que além de um transtorno grave possui uma deficiência intelectual também severo e que ejaculou em uma criança. O pai do mesmo era usuário de álcool e negligenciava seu tratamento. Visto que ele estava ameaçado de morte por toda a comunidade e que a família não tinha condições de cuidá-lo, a equipe solicitou o internamento prolongado no HSC. Durante sua estadia no hospital, o MP solicitava informações sobre o tratamento do pai e a busca por uma nova moradia para ambos. O processo foi finalizado quando conseguiram uma nova casa e seu pai passou a ser atendido no CAPS AD.

Estes ofícios também contemplam casos complexos onde exige-se do serviço informações atualizadas sobre o caso. O CAPS responde, informando se o usuário em questão está sendo assistido ou não, mas não detalha suas ações, com respostas curtas.

Cópia de prontuário: Nestes casos, juízes solicitam a cópia de prontuário dos usuários para inserir dentro de processos em andamento. Geralmente são solicitados pela justiça federal em processos de auxilio ou aposentadoria por doença. Quando a cópia é solicitada judicialmente pela figura do juiz, é realizada a fotocopia da mesma e então enviada ao órgão solicitante. Nos demais casos, orienta-se que a pessoa interessada realize um protocolo de retirada e que somente o usuário tem direito a acessá-lo. Em um dos pedidos, esta informação é repassada pois em um primeiro momento este pedido é negado pela equipe, visto que o advogado do usuário fazia a solicitação.

Avaliação psiquiátrica ou psicológica: Através destes ofícios solicita-se pontualmente a avaliação do médico psiquiatra ou do psicólogo. Geralmente essas solicitações são para usuários reclusos, que são atendidos pelo médico ou psicólogo do serviço com horário marcado. O município tem um convenio com a Secretaria de Segurança Pública e periodicamente disponibilizam um psiquiatra para atender casos de pessoas privadas de liberdade que precisam de atendimento psiquiátrico. A avaliação psicológica não é realizada pelo serviço CAPS visto a falta de materiais e recursos para realização das mesmas. Como exemplo, a juíza pede que seja avaliada em um sujeito a cessação de periculosidade do mesmo, sendo ele então, avaliado pelo psiquiatra.

Estes ofícios em questão por muitas vezes disparam tensões entre a equipe, pois são pedidos que atravessam o processo de trabalho diário, interpretados como demandas que interferem na rotina e que exigem dos trabalhadores “respostas” em um curto espaço de tempo. O ofício também carrega uma ideia de necessidade de resolutividade dos casos ou a provação da efetividade do serviço, como uma espécie de “fiscalização.” Como resposta do oficio que solicitava a avaliação psicológica, um psicólogo do CAPS respondeu que o acolhimento e inserção do usuário no serviço não se daria por aquela via e que os psicólogos deste estabelecimento não realizam avaliação psicológica. Este trabalhador, inclusive, insere trechos da portaria da política de saúde mental para respaldar a necessidade de se pensar o tratamento baseado na reabilitação psicossocial e não como modelo ambulatorial.

Ao analisar o conteúdo dos ofícios e classificar as demandas de cada um, é evidente a diferença entre as solicitações entre o órgão com o qual existe um trabalho conjunto, o MP, e os demais órgãos jurídicos. Em grande parte, os ofícios recebidos do MP estão relacionados a pedido de visita e informações, quando são os casos novos ou que não estão em acompanhamento e o pedido de informações, quando os usuários já estão sendo atendidos pelo serviço. Nota-se um pedido que convoca os trabalhadores a desempenharem ações respeitando a sua autonomia e também o fluxo do serviço.

Os demais pedidos já possuem uma conotação mais imperativa e diretiva. Não busca-se conhecer o processo de trabalho do CAPS para depois propor alguma ação, simplesmente é mandado. Observa-se nas respostas a esses

ofícios que os trabalhadores explicam o funcionamento e o fluxo do CAPS e apontam que o tratamento não ocorre por essa via. Talvez o exemplo mais evidente seja o oficio onde exige-se que o usuário inicie o tratamento do CAPS como cumprimento de pena. Isto foge da lógica da autonomia e corresponsabilidade nas quais baseiam-se os tratamentos do CAPS.

Ao solicitar uma avaliação do psiquiatra ou do psicólogo, percebe-se também uma tensão ente o que é solicitado e o que é da governabilidade do CAPS, pois surge uma demanda que não pertence ao processo de trabalho do serviço, que baseia o tratamento primeiramente no acolhimento do sujeito, sua integração no serviço, construção do seu Projeto Terapêutico Singular para somente depois, realizar sua avaliação psiquiátrica do mesmo, se necessário. Este processo do trabalho foi instituído a fim de retirar a ideia do médico e do remédio do foco do tratamento, onde pensa-se na reabilitação social como algo que vai muito além do diagnóstico. Ao focar na avaliação, descontrói-se essa ideia de tratamento, contradizendo a função assumida pelo CAPS.

O oficio, criado a fim de facilitar e formalizar a comunicação entre os estabelecimentos de saúde e o MP é algo instituído, pois representa para todos os agentes envolvidos a ordem, a lei. Caracterizado como algo assentado, estático, possui a importante função de organizar o processo de trabalho. Pensando que ambas as instituições são igualmente complexas e que isto exige processos que as organizem, o ofício tem uma função bastante importante que viabiliza esta organização. Desta forma, sua existência é fundamental dentro destes estabelecimento, pois viabiliza a possibilidade de contato entre MP e os serviços de saúde mental, porém, não é suficiente para garantir uma clareza nesta comunicação, quando pensado como única via desta interface, visto a complexidade do processo de trabalho.

Diante da análise dos pedidos apresentados nos ofícios e do que foi feito pelos trabalhadores a partir disso, percebe-se que existem outras forças que atravessam o fazer de cada um deles, onde o oficio como única interface torna-se insuficiente, ou até mesmo limitador, sendo necessário estabelecer uma outra forma de comunicação entre a saúde mental e o MP, surgindo então a reunião intersetorial.

5.4. A reunião intersetorial

5.4.1. Caracterização da reunião

A reunião para apresentação e dados da pesquisa ocorreu no dia 7 de maio de 2019. Não foi possível a realização de dois encontros pois o até então promotor de justiça estava saindo da promotoria da saúde para assumir uma outra promotoria, interrompendo as mesmas até que o novo promotor se familiarizasse com a nova incumbência. Precisei apresentar os dados e objetivos da pesquisa no mesmo dia, em certo tom de despedida. Participaram neste dia, contando comigo, sete pessoas, sendo elas:

- Um promotor de justiça, que será chamado aqui de PJ,
- Uma assessora de promotoria, AP
- Uma residente em saúde coletiva, RS
- A diretora de saúde mental, DS
- A coordenadora do CAPS TM, CT
- A coordenadora do CAPS AD, CA

Neste dia o encontro aconteceu na nova sede do CAPS AD de Ponta Grossa, a pedido de PJ, que após vários meses de entraves políticos e processos burocráticos, estava de portas abertas. CA apresentou todo o espaço e então deu-se início a reunião. PJ iniciou a fala contando sobre sua saída e sobre a incerteza da continuidade deste espaço, bastante apreensivo. A partir desta declaração, DS rapidamente aponta sobre a importância deste momento e sobre a necessidade da sua continuidade. AP distribuiu então os ofícios nas mãos de cada uma das coordenadoras dos serviços, os quais elas chamavam de “presentes”, dando então sequência à reunião.

5.4.2. As dificuldades relacionadas ao processo de trabalho

Nos primeiros momentos da reunião, os participantes comentam sobre as dificuldades relacionadas ao processo de trabalho. Uma delas refere-se ao cumprimento dos prazos, visto que os ofícios passam por outros órgãos até chegarem aos CAPS e vice-versa. Quando estes chegam nos serviços, muitas vezes a data limite para resposta é curto, impedindo a equipe de realizar ações

efetivas ou apresentar dados e resultados sobre os casos de maneira mais aprofundada. PJ comenta que dentro do próprio MP, até o oficio ser expedido leva um tempo considerável. Ambos apontam que a secretária de saúde decidiu que todos os ofícios precisam chegar até ela, para que então sejam levados aos serviços específicos, aumentando o tempo de recebimento dos mesmos. Neste momento percebe-se uma queixa relacionada também ao processo burocrático instituído em ambos os campos.

A partir desta discussão, observou-se que os presentes concordavam entre si, considerando a centralização do recebimento e expedição dos ofícios na figura da secretária bastante desnecessária e que atrasa o fluxo, sendo criada para facilitar, mas que por fim está atrapalhando, levando PJ decidir por conversar com a mesma sobre uma possível mudança. Neste momento nota-se um movimento por parte da justiça de atravessamento nos processos instituídos pela secretaria, numa tentativa de convencê-la a repensar esta centralização e otimizar o fluxo dos ofícios. Aqui, este atravessamento se dá de maneira democrática, apresentando uma possibilidade além da que era vista até o momento e com a intenção de colaborar no fluxo do processo instituído.

Nota-se aqui uma tensão relacionada ao prazo estipulado através dos ofícios, a via formal, instituída. O não cumprimento de prazos acarreta uma ideia de punição. As normas institucionais, neste caso, o cumprimento dos prazos, esta além dos executores, atravessa-os. Simbolicamente exerce um controle sobre os mesmos, tanto nos trabalhadores da saúde mental como nos trabalhadores do MP. O instituído remete a ideia de algo habitual, até mesmo ideal, pois cumprir prazos é algo posto, regulamentado, ou seja, institucionalizado, como propõe Lourau (2004).

Em relação a burocracia, surge também reclamações. PJ e AJ contam sobre um vidro quebrado lá no MP, que há meses aguardam a troca do mesmo. Comparam com o serviço privado, onde tudo se resolve de maneira rápida. Novamente os trabalhadores comentam sobre a centralização de serviços nas coordenações e o quanto isso atrapalha o fluxo do trabalho. AJ comenta que no MP os processos são muito lentos, mas apresenta um movimento contrário ao processo burocrático quando fala da possibilidade de usar o e-mail para eles poderem se comunicar caso exista uma dificuldade em relação aos prazos dos

ofícios. Novamente percebe-se aqui uma certa tensão relacionada a burocracia que envolve o processo de trabalho de órgãos públicos e necessidade de se repensar este processo apesar da mesma.

Outra dificuldade apontada está relacionada as demandas do público. PJ relata que antes de abrir qualquer processo, quando o cidadão chega até o MP, primeiramente é questionado se ele já procurou o serviço antes de ir até ali, realizando o que eles chamam de “encaminhamento qualificado”. Apontam também como dificuldade a falta de informação acerca dos serviços de saúde mental do município e que sempre filtram os discursos que se iniciam com “não fazem nada”, principalmente sobre as demandas do CAPS AD.

5.4.3. A intersetorialidade

PJ afirma a importância de um comitê intersetorial de saúde mental no município. Este novo movimento aparece como uma forma de quebrar esta cristalização burocrática pautada em documentos. Sair do modelo instituído de trabalho implica em uma nova direção e um novo modelo de trabalho. DS comenta da dificuldade de reunir pessoas de outros setores, onde num primeiro momento era exigido de cada serviço da rede um representante, fazendo com que muitas pessoa chegassem até a reunião sem entender o seu intuito, desmotivadas ou até contrariadas, não se implicando nos casos e não obtendo resultados. Com essa nova direção e com a troca de algumas coordenações dentro da prefeitura e que a última reunião foi bastante produtiva. PJ comenta que o MP não deve culpabilizar nenhum serviço pela não resolução dos casos, mas sim repensar novas estratégias, visto a complexidade dos mesmos.

Criar novos arranjos dentro dos processos de trabalho, principalmente estes, tão respaldados por questões burocráticas não é algo tranquilo, facilmente aceito por todos os atores envolvidos. Dentro de intuições, existem relações de poder constantes entre o instituído e o instituinte, surgindo movimentos de grande resistência. Algo já está pré-concebido, pré-estabelecido. Para os trabalhadores de saúde mental a ideia de trabalho em rede, da

corresponsabilidade está instituído, naturalizado. Algo que para outras esferas da política pública talvez não esteja tão claro, resultando na resistência dos mesmos em implicar-se no cuidado das pessoas com transtorno mental e sentir-se parte deste modelo de trabalho. DS assinala uma nova possibilidade de movimento, apontando a importância que deve ser dada às ações e não as ideias, tornando este comitê mais prático, participando dele somente pessoas realmente interessadas.

5.4.4. Desafios e fragilidades do trabalho em rede

PJ comenta sobre a importância da busca ativa dos usuários, (termo esse utilizado para designar o movimento do Estado em relação ao indivíduo), para que nunca se esgotem as possibilidades dentro de um caso. CT comenta sobre a dificuldade de manejo com casos de transtorno de acumulação, exigindo a colaboração de diversos pontos da rede. DS se queixa sobre a falta de respaldo e retaguarda da gestão da diretoria da fundação de saúde, angustiando as equipes. PJ questiona sobre as ações de matriciamento, onde relata-se a dificuldade de operacionalizar as ações, devido à falta de comunicação com os outros serviços e por conta de problemas entre gestores das diferentes esferas que impediram o seguimento do trabalho. CA sugere então que os ofícios também englobem a atenção primária e o NASF, na tentativa de implicá-los nas ações. PJ comenta que casos mais “instáveis” não serão encerrados devido a chance de reincidência, mas os casos nos quais os serviços informam que estão sendo acompanhados, serão finalizados.

5.4.5. As relações entre a saúde e justiça

Em um dado momento da reunião, PJ questiona sobre o funcionamento do CAPS AD III, 24 horas, que atualmente funciona no caráter de CAPS AD II, horário comercial. CA comenta que mesmo com toda a estrutura e com a enfermaria já estruturada e funcionando no caráter de CAPS III, a prefeitura não prevê este funcionamento devido a impossibilidade de contratar mais funcionários.

Surge uma cobrança por parte da justiça sobre a implantação da Unidade de Acolhimento Infantil, UA, a qual possui um grande processo que está no

Ministério Público Federal. DS aponta que por conta da troca das coordenações, a secretaria de saúde acaba dando atenção somente a casos considerados mais urgentes e que sendo assim, a implantação da UA está demorada.

Outra cobrança, desta vez direcionada próximo ao CAPS TM é sobre três pacientes que foram asilados em clinicas psiquiátricas fora da cidade. O promotor dá um “puxão de orelha”, visto que o serviço realizou uma ação totalmente contraria em relação ao tratamento em liberdade. CT explica que não foi o CAPS que realizou os internamentos, visto que estes usuários não estavam sendo acompanhados pelo serviço e que o internamento foi feito pelo serviço chamado de “Resgate Social”. A partir destes questionamentos percebe-se uma postura por parte da promotoria em garantir o que é previsto na lei, o cuidado em liberdade e o trabalho em rede.

Percebe-se neste espaço criado, uma consonância entre as propostas da reforma psiquiátrica e com o trabalho da justiça enquanto dispositivo que opera em prol da mesma. Além de um espaço que serve para reforçar a importância de se pensar este modelo de cuidado, este espaço serve também para falar daquilo que os trabalhadores percebem como dificuldades e discutir novas possibilidades de intervenções nos casos em questão.

5.4.6. A percepção dos participantes sobre a reunião

Para PJ, a reunião é um momento de encontro é muito significativo. Comenta que seu trabalho é bastante burocrático, com muitos papéis, processos, estatísticas, o que ele chama de “rotina jurídica”, permanecendo tempo em seu gabinete e acaba por não ter contato com “a ponta”. Ele relata que a possibilidade de se encontrar pessoalmente através desta reunião, além de ser enriquecedor do ponto de vista humano, aproxima da dimensão mais real dos participantes deste processo. Complementa com o trecho *“dá mais trabalho, por um lado, que é nosso mesmo de fato, mas previne serviços bobos”.* Finaliza que muitos casos são simples, pois as vezes necessitam de uma aproximação e conversa somente.

CT acrescenta que muitas vezes as pessoas buscam o MP antes mesmo de ir até os serviços e que esperam uma resolutividade imediata. PJ intervem

apontando que muitas vezes é preciso relembrar que o MP não é um serviço de saúde e que são outros os serviços competentes para tal demanda. A trabalhadora também aponta que existe nos trabalhadores um imaginário de que o ministério público tem uma função de punir. Em relação aos demais serviços, muitas vezes surgem pré-julgamentos. No trecho *"antes de conhecer o serviço a gente ficava naquela...Ah! Tal serviço não faz nada, aquele promotor fica lá embaixo do ar condicionado só expedindo ofício"* isso se evidencia. Esta tensão faz com que o caso acaba não tendo um serviço que de fato referencie-o. Esta aproximação permite conhecer a rotina e competência do outro, quebrando estas tensões.

DS relata que muitos usuários a procuram falando "que o CAPS" não faz nada, e que esta reunião possibilita entender de maneira mais completa o funcionamento da rede. Ao realizar uma aproximação entre serviço, possibilita também uma expansão e consequente melhoria das ações. Ajuda também a divulgar aos outros órgãos da justiça a conhecerem a proposta de trabalho da RAPS, onde por muitas vezes o representante da justiça (promotores, juízes) interfere na competência técnica dos trabalhadores. CT ainda aponta que esta reunião desmistificou a imagem de um MP inatingível. DS relata que ficava muito brava quando recebia ofícios onde a justiça previamente já estipulava o tempo e os dias que o usuário precisaria frequentar no serviço. Complementa com a ideia de que a justiça não deve interferir no saber técnico de quem é o responsável por decidir isso, no caso, o terapeuta do CAPS. *"Este momento de reunião da rede expande outras possibilidades de olhares e outras possibilidades de ação"*.

PJ aponta que esta necessidade de ouvir quem chega até o MP e busca algo não é válido somente para saúde mental mas para toda a saúde. Ao ouvir a demanda de uma maneira qualificada, ai sim eles orientam para onde o usuário deve ir, pois aí sim seu problema terá uma maior resolutividade. CT corrobora com sua opinião apontando que muitas vezes a pessoa chega desesperada no MP pois não sabe onde deveria ir. *"Desmistificou nossa relação, aquela ideia que vocês sabiam de tudo e aproximou os dois lados",* refere a mesma sobre a ideia construída sobre o MP antes das reuniões.

Em relação as interfaces entre saúde mental e MP antes da criação das reuniões, CT diz *"era terrível, todos nós tínhamos medo do ministério, parecia*

que só vinha pra ferrar" e *"que precisavam ter cautela no que respondiam nos ofícios pois achavam que o mesmo tinha essa função."* Com a vinda de outro promotor, que se propôs a chamar os funcionários para reuniões e estudar as políticas de saúde mental e que finalmente melhorou as relações entre eles.

CA comenta no *"olho no olho aumenta a proposta de contratualidade, a gente ser humano...se eu falei...tenho que fazer...um outro nível de pactuação...coloquei na ata, dei meu nome ali...".* DS complementa a ideia no trecho que diz *"se eu me comprometo, sei que na outra reunião precisarei dar uma satisfação, mostrar resultados". "Estamos juntos em um compromisso maior",* finalizando.

Outro ponto de discussão que surge é em relação a situação dos internamentos, em que os participantes relatam dificuldade de relação com o serviço de emergência, o SAMU. Quando as equipes solicitavam a ambulância, por muitas vezes este serviço se negava a ir e pedia que o CAPS chama-se a polícia, sendo realizadas muitas reuniões sem resolutividades. Somente com intervenção do MP o SAMU aceitou realizar os atendimentos, entendendo que esta era de fato uma função deles. *"Quando uma instituição maior vem e diz o que eles precisam fazer, as coisas caminham"* relata CT.

Sobre pontos negativos, PJ comenta que podem existir questões mais pessoais, já que agora a comunicação não se limita ao papel e você sabe quem está falando. CA discorda, fala que enxerga isso como algo positivo. A coordenadora do TM retoma a fala do promotor, que comentava que isso aumentava o trabalho, pontuando com a fala *"acho que ao mesmo tempo que aumenta...Ah! Mais uma reunião, de certa forma diminui muitas outras coisas".*

Finalizando, PJ comenta que a realização de reuniões e encontros estão se consolidando como uma prática instituída no MP, e que mesmo com um movimento de resistência vem ganhando força. Relata que estas reuniões estão sendo instituídas em outros contextos e que a tendência é que este movimento ganhe mais força. DS aponta que esta relação com o MP ajudou também a melhorar a saúde mental do município com o aumento e qualificação dos funcionários e melhoria nos serviços pois conseguiram um acesso aos gestores a partir desta parceria com a justiça.

Ao contar que em um primeiro momento a intenção da pesquisa era conhecer como se davam os internamentos compulsórios, rapidamente o PJ interrompe com um *"você viu né, não tem nenhum"* reforça em um tom de "dever cumprido" que o MP demonstra uma preocupação em agir consoante à política de saúde mental, inclusive questionando o CAPS de maneira incisiva sobre os usuários institucionalizados. Ora esta consonância promove um movimento transversal, de cooperação, ora pode gerar tensões, onde existe uma recolocação de poderes e novamente o MP assume uma postura de cobrança. Existe a construção de uma interface entre a justiça e os serviços de saúde como órgãos que estabelecem uma aproximação significativa através desta reunião, que serve de espaço para dividir angústias mas que também serve como comunicação e cobranças, quando necessárias. Mas percebe-se que estas cobranças seguem o princípio de inclusão da pessoa com transtorno mental na rede e o oferecimento de um cuidado pautado na liberdade e autonomia do mesmo.

Baremblitt (1996) aponta que as instituições, em sua potência, operam umas nas outras, e que este movimento é necessário. Logicamente uma instituição precisa da outra, supõe outra, transforma a outra e isto é fundamental para o funcionamento da sociedade. Entende-se este encontro como algo válido pelos trabalhadores de ambos os dispositivos, que apontam a necessidade de ir além da comunicação através de ofícios e aproximar-se mais a fim de compreender e discutir casos mais complexos, ampliando as possiblidades de intervenções mais efetivas e resolutivas.

6. DISCUSSÃO

6.1. Ofícios e reunião como analisadores

A fim de compreender os dois processos como ponto de partida desta análise, entende-se aqui o oficio como uma interface entre a saúde e justiça numa lógica mais instituída. O oficio é o meio oficial, utilizado por todos os órgãos públicos para estabelecer uma comunicação formal, de cunho burocrático. Já as reuniões criadas são fruto de uma mobilização dos próprios envolvidos, que entenderam esse momento de aproximação como fundamental para o trabalho.

No relato do promotor, que diz que seu trabalho é essencialmente burocrático e com “pilhas de papel”, aproximar-se dos outros serviços foi essencial para conhecer a lógica do trabalho em rede e qual a função de cada dispositivo que dela faz parte.

Mesmo o oficio possuindo caráter instituído, pois é um instrumento formalizado que já está posto, o seu conteúdo por muitas vezes reflete um movimento instituinte. Ao receber um oficio com determinada demanda, a equipe responde conforme as possibilidades do serviço, priorizando o processo de trabalho instituído e muitas vezes negando determinadas solicitações. Mesmo que as ordens sejam expedidas por um juiz e que não acata-las sugere inclusive penalizações, a equipe usa o oficio para esclarecer as funções do CAPS e o seu método de trabalho, como nos ofícios onde o trabalhador insere trechos da portaria de saúde mental.

Isto reflete uma função adicional ao oficio, onde além de comunicação, serve também para conhecer de maneira mais clara o trabalho realizado pelo CAPS, pois diante desta resposta, pedidos mais “incisivos” não foram mais enviados ao serviço. Considera-se diante destas repostas, em relações de poder que se desenham e vão impondo seu *modus operandi,* coexistindo e operando dentro das possibilidades de cada um. Cabe a justiça realizar uma solicitação, mas cabe ao CAPS aceitar ou não esta encomenda e intervir dentro de suas possibilidades.

Muitas vezes estas possibilidades não são entendidas, resultando em um alto número de reiterações e da insistência da intervenção do CAPS em determinados casos. São vários os ofícios onde na resposta enviada a justiça, sugere-se o acompanhamento do caso por outros órgãos, mas novamente os casos retornam ao CAPS. Ora o CAPS possui autonomia para não assumir determinados casos, ora é percebido como única possibilidade diante da complexidade dos mesmos. Esta resistência reflete a centralização do cuidado da pessoa com transtorno mental apenas nos CAPS, corroborando com a ideia discutida no início deste trabalho de que a reforma psiquiátrica não é apenas uma quebra de paradigmas técnicos, mas também culturais. Ainda é direcionado ao CAPS, ou de maneira mais reduzida ainda, ao psiquiatra, a função de decidir e tratar o sujeito em sofrimento, culminando em um alto número de ofícios com

casos que não deveriam ter o CAPS como ordenador do cuidado, pois são demandas que vão muito além do diagnóstico e tratamento de um transtorno mental.

Percebe-se a necessidade de se fazer conhecer o trabalho de cada estabelecimento, onde as comunicações dadas via ofício não são claras. Muitas vezes a negativa dada pelo CAPS diante de uma solicitação interpretada como descumprimento ou desobediência, culminando na repetição da mesma solicitação em vários ofícios expedidos. Esta primeira interface facilita o processo de comunicação entre saúde e justiça mas não permite uma real compreensão das possibilidades de intervenção do serviço. Isto pode ser observado a partir da fala da coordenadora do CAPS TM que relata que cada oficio que chegava no serviço gerava uma tensão entre os trabalhadores, pois ele poderia inclusive prejudica-los dependendo da resposta. Esta interface dada via oficio, por muitas vezes usada como ação de controle e poder sobre o outro, serve também para um movimento de resistência e contra controle, onde o serviço responde o que a justiça deseja, mas não faz exatamente aquilo que contem nas respostas ou até mesmo se nega a cumprir o que nele está solicitado.

O movimento destes sujeitos, sinaliza uma necessidade de reinventar o próprio fazer e repensar novas maneiras dentro do próprio processo de trabalho. Não cabe aos trabalhadores apenas trabalhar a partir daquilo que lhes é instituído, limitando-se em expedir ofícios, no caso do MP, ou receber e acatar o que contem em um oficio, no caso do CAPS. Ao instituinte cabe transformar este processo e produzir novos arranjos, ampliando as forças de cada um destes participantes e permitir assim, uma intervenção muito mais assertiva. Entre o instituído (ofícios) e instituinte (reunião) existe uma relação dialética, onde os dois se relacionam e se transformam constantemente. A reunião impacta diretamente na construção e principalmente no conteúdo do oficio, vide a diferença entre os ofícios que são enviados pelo MP, que conhece o CAPS e que possui esse espaço de encontro e aproximação com o mesmo e os demais serviços que limitam esta comunicação somente ao oficio, como a Justiça Federal, Secretaria de Segurança, por exemplo. Pereira (2007) aponta que o instituinte caminha pelas bordas do instituído, onde se observa somente uma ponta de todo seu potencial energético. Mesmo que as reuniões aconteçam a

cada dois, três meses e que nem todas as pessoas envolvidas participem, o seu impacto é claramente observado no dia a dia do serviço, onde casos mais complexos tem um respaldo de ambas as esferas e por muitas vezes, resolutividade.

Isto pode ser observado no caso anteriormente referido do jovem que permaneceu por um ano no HSC após o episódio de ejaculação em uma criança. O MP, dentro de sua governabilidade conseguiu uma medida que permitisse o aumento do prazo deste internamento até que se conseguisse a casa. Foi o MP que também conseguiu uma nova casa para o jovem e seu pai em um menor espaço de tempo, processo que sem a sua intervenção custaria um tempo muito maior para se resolver. Neste caso, os ofícios solicitando informações chegavam periodicamente mas percebe-se que o conteúdo das respostas era bastante limitado, comparado ao que de fato se era feito por este usuário e seu pai, pois era nas reuniões que de fato as discussões e tomadas de decisões aconteciam. O caso exigia uma atenção muito além do papel e limitar-se a ele, limitaria até mesmo as ações dos serviços. A comunicação e aproximação que este espaço permite, cria uma relação dialógica de cuidado. Percebe-se que este encontro entre saúde e justiça e a relação entre eles estabelecida cria um outro movimento, da corresponsabilidade, o qual comentarei no próximo tópico.

O oficio, como primeira interface criada entre MP e saúde mental, carrega consigo uma dupla significação: tem uma função burocrática, instituída, de caráter organizador e formal. Serve para organizar internamente o processo de trabalho de ambas as partes. Mas ao mesmo tempo que auxilia na fluidez deste trabalho e na sua organização, simboliza também uma rigidez na forma que se dá esta comunicação. Cria uma tensão nos trabalhadores diante da sua obrigatoriedade e do prazo dado entre expedição e resposta, bem como na impossibilidade de acatar exatamente o que lhe é pedido. A intenção da justiça ao solicitar algo ao CAPS por muitas vezes é entendida de maneira confusa, ou até mesmo inviável, como por exemplo nos ofícios que solicitavam avaliações psicológicas, as quais não são realizadas pelos psicólogos do serviço, sendo então negadas, evidenciando uma fragilidade neste processo de comunicação.

Diante da impossibilidade do oficio como única interface, surge um novo espaço de encontro entre os estabelecimentos, a reunião intersetorial, que

permite agora uma maior clareza acerca do trabalho do outro. Ao se reunirem periodicamente, é perceptível a todos os participantes uma maior propriedade sobre o que é da governabilidade de cada uma das esferas e que o trabalho conjunto impacta diretamente no processo de trabalho e principalmente no atendimento prestado à população, contribuindo para uma maior possibilidade de intervenção e da qualidade da mesma.

6.2. O trabalho em rede e o comitê intersetorial

Durante o grupo, na fala de todos os participantes, a palavra intersetorialidade foi repetida por diversas vezes. Percebe-se que diante da gravidade dos casos atendidos pelos CAPS, onde as demandas são diversas, torna-se inviável acompanhar determinados casos sem que haja o envolvimento dos dispositivos de maneira conjunta. Visto que muitas vezes o adoecimento psíquico se dá por multifatores, como condições sociais, econômicas e familiares, os casos devem ter um suporte intersetorial para que de fato as intervenções possam ser mais diretivas e eficazes. Isto posto, apontam também a importância da atenção primaria em saúde nos casos, para que de fato esse indivíduo não perca a sua referência territorial.

Em relação ao sentido desta intervenção, L´Abbate (2012) aponta que seu significado vai além, indicando *"a condição de uma visão outra, que se espera de um terceiro, convidado a intervir".* Isto significa que o ato de intervir de maneira conjunta possibilita o movimento de dispor de várias visões que se encontram e conversam entre si.

A intersetorialidade ganha força durante a década de 1970 e 1980, com o surgimento do termo Seguridade Social. Com a constituição de 1988, o tripé saúde-previdência-assistência social ganha espaço dentro da estruturação das políticas públicas, enfatizando ainda mais a sua importância e prática. Romagnoli (2017) afirma que é impossível falar de intersetorialidade sem falar de território, visto que ele é o lugar ideal para que as articulações necessárias aconteçam. O território não significa somente um espaço, mas carrega consigo a ideia de pertencimento de movimento, onde a subjetividade acontece. Pensando na complexidade dos casos e na diversidade que nele encontramos, a intervenção

precisa ser pensada de acordo com as possibilidade de cada indivíduo, respeitando a sua singularidade e a sua forma de relacionar-se com o mundo.

O trabalho intersetorial permite aos profissionais a aproximação com as peculiaridades de cada caso, reconhecendo as rupturas e potências de cada pessoa, suas conexões e possibilidades a partir da sua vivência e do lugar ao qual pertence.

Ao comentar que todos os participantes da reunião estavam ali por algo maior, a coordenadora do CAPS AD evidencia a ideia da corresponsabilidade. Este termo tornou-se mais conhecido a partir das discussões do processo de cuidado iniciadas em 2003 com a criação da Política Nacional de Humanização, conhecida também como Humaniza SUS, que buscavam a qualificação das ações dentro da saúde pública, efetivando seus princípios. Visa a troca e a aproximação entre gestores, trabalhadores e usuários. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019)

Casanova, Teixeira e Montenegro (2014) apontam que a fragmentação dos serviços impede ações baseadas nos princípios de integralidade, universalidade e equidade que permitam o acesso e a atenção continuada deve ser superada e que o trabalho em rede precisa ser instituído. Os participantes comentam sobre a possibilidade de “contratualização”, algo que surge a partir destas reuniões. A contratualidade vem para romper antigos paradigmas e envolver diversos atores, todos igualmente implicados nos processos de trabalho, partilhando riscos e responsabilidades, um movimento contrário a relações de poder e controle, resultando na responsabilização e na autonomia de cada sujeito neste processo envolvidos.

Pensando na importância da prática intersetorial, surge a palavra matriciamento. Com o início na década de 1990, o matriciamento surge para organizar os serviços de saúde, sendo ele um conjunto de ações onde a equipe especializada em Saúde Mental, CAPS ou NASFs, (em Ponta Grossa, os CAPS) desenvolve ações conjuntas com as equipes da atenção básica na lógica da interdisciplinaridade e co-responsabilização do usuário, permitindo um trabalho ampliado, articulado e qualificado em saúde mental e garantindo o acesso da pessoa com transtorno mental a todos os serviços que fazem parte da rede.

O apoio matricial é uma estratégia que contempla a descentralização das ações em saúde mental, perpassando o modelo biomédico de saúde e transformando a rede em uma clínica ampliada, facilitando o acesso do usuário ao serviço e do vínculo com o mesmo, pautado na junção dos mais diversos saberes, culminando em um serviço humanizado e numa atenção longitudinal e de forma integral desse sujeito. (HIRDES, 2015)

É impossível pensar um atendimento de qualidade sem que exista uma aproximação entre os serviços especializados e a atenção básica, visto que o dois serviços se complementam e ampliam a rede de cuidado com a pessoa com transtorno mental. Durante a reunião, inclusive é sugerido por uma das trabalhadoras do CAPS que os ofícios passem a ser também dirigidos as unidades de saúde e não somente aos CAPS, no sentido de fomentar essa co-responsabilização e o atendimento conjunto. Percebe-se ainda certa dificuldade em aproximar-se das equipes de saúde da família, limitando-se a figura do CAPS a função do acompanhamento, onde em vários casos, não se percebe efetividade.

A partir das ações intersetoriais e matriciais, culmina-se então na formalização de processos de capacitação e educação continuada em saúde mental. Ao convocar outras esferas a participarem das discussões de casos e no acompanhamento dos mesmos, percebe-se uma necessidade eminente de criar espaços para dar subsídios nos demais trabalhadores da RAPS. Atualmente a diretoria de saúde mental conta com ações desenvolvidas paralelamente que buscam qualificar pessoas interessadas neste tema. São ações provindas deste movimento:

-Capacitação dos médicos da Atenção Básica: Serão iniciados em setembro de 2019 encontros entre os médicos do CAPS e os médicos das Estratégias de Saúde da Família para qualificar os atendimentos na área

-Projeto Experimente e Rodas de Terapia Comunitária: Estes dois projetos, desenvolvidos por funcionários do CAPS e do NEP são para trabalhar a qualidade de vida dos funcionários das UBS e também dos residentes, a fim de criar subsídios para que os mesmos multipliquem ações de promoção de saúde.

-Capacitação dos residentes em estratificação de riscos: Este é um projeto que prevê a capacitação dos residentes em saúde coletiva da prefeitura para que consigam realizar a estratificação de risco em saúde mental nas UBS nas quais se encontram, contribuindo para a melhoria do fluxo entre serviços.

-Mapeamento da RAPS: Esta atividade também foi realizada em conjunto com a residência, sendo feito o levantamento de todas as atividades que são disponibilizadas à população pelos serviços de saúde, trazendo à tona a importância de se pensar a prevenção e promoção de agravos.

Como citado previamente, após a recomendação administrativa emitida pelo MP, o prefeito do município expediu um decreto no ano de 2016 oficializando a criação do comitê intersetorial de saúde mental. Esta recomendação vem ao encontro com um movimento da gestão estadual que vinha incentivando a criação destes comitês municipais no sentido de fortalecer o trabalho da RAPS. A ideia do comitê é estabelecer uma relação transversalizada de cuidado com a pessoa em transtorno mental, perpassada por diversos pontos de atenção à luz da corresponsabilidade e de maneira interdisciplinar, como serviços de educação, de lazer, de trabalho, por exemplo.

Porém, mesmo com sua criação instituída via decreto, exigindo a participação de dez secretarias diferentes, este comitê não consegue se instituir conforme o desejado. Durante a reunião, o promotor questiona a diretora de SM sobre o mesmo e ela relata que tem grande dificuldade em conseguir reunir estas pessoas. Conta que as reuniões do comitê acontecem mensalmente e que envia o convite para todos os órgãos pertinentes, mas dificilmente eles participam.

Esta resistência é percebida como um movimento instituinte, resistente ao que é dado, posto. Novamente existe uma dificuldade na percepção de que não cabe somente aos serviços de saúde mental o cuidado da pessoa com transtorno mental e que isso transpassa esta esfera. Mesmo sendo um modelo de trabalho atual, eficaz e possível, a intersetorialidade traz a ideia de “mais trabalho” e não de corresponsabilidade aos outros pontos de atenção que resistem à esta aproximação.

Na análise institucional, a resistência pode surgir a partir de duas situações: luta pela preservação de algo bom, contra uma precarização ou como

comodismo, retaliação. A resistência sempre fará um movimento oposto às relações de poder estabelecidas. Dobies e L'Abbate (2016) trabalham o conceito de resistência de Monceau em sua obra de 1997 e traduzem a figura denominada "Representação Dialética dos três movimentos do conceito de resistência, apresentada abaixo:

Fonte: DOBIES E L'ABBATE (2016)

Conforme a figura, compreende-se este movimento de resistência dos demais serviços que deveriam compor o comitê mas não o fazem em um momento ofensivo. Percebe-se um movimento que caminha entre a integração conflituosa, visto que a sua participação é uma obrigação e não uma opção, instituído pelo movimentos atravessadores do MP e por conseguinte do chefe do executivo municipal e a intransigência, desviando das normas e recusando-as, em um movimento de autopreservação, sem qualquer compromisso com as relações de poder. O movimento ofensivo culmina em um movimento contrainstitucional, o que Monceau(1997) *apud* Dobie e L'Abbate (2016) chama de dissidência.

O resultado deste movimento é a baixa participação dos demais serviços e uma necessidade do MP em oficiar de maneira individual os órgãos responsáveis. Deste modo, só há participação destas secretarias quando de fato

entendem que são parte envolvida no caso e quando há a intervenção do MP, como no caso citado sobre o SAMU, que negava-se a atender os casos de surtos e não compareciam nas reuniões solicitadas pela saúde mental, obtendo resultados somente com ordens vindas da promotoria. Pode-se concluir que a resistência surgida cria também uma outra interface entre saúde e justiça, na qual os serviços de saúde utilizam-se do poder do MP para desenvolver seu trabalho, quando este implica na participação de outros serviços.

6.3. O processo burocrático

Percebe-se através da fala dos participantes que a burocracia, ou seja, a diferença entre o que está prescrito, instituído no papel e o que está ocorrendo no real, como um fator que apesar de organizar os processos de trabalho, por muitas vezes dificulta o andamento dos casos. Cada instituição possui seu tempo para resolutividade dos casos e o fato de que os ofícios percorrem diversas instâncias até chegarem na mão das pessoas que realizarão a intervenção, no caso, os trabalhadores, cria certa tensão e cobrança entre as partes. Ao questionar porque é dado pouco tempo para resposta do ofício, o promotor comenta que o oficio demora para sair do MP e quando chega até o CAPS, o tempo restante para que se execute o que foi solicitado e que seja dada a resposta é muito pequeno.

Como anteriormente mencionado, o resultado disso é um grande número de ofícios de reiteração, onde se é dado um prazo maior para resposta. Discute-se a centralização do recebimento dos ofícios e de suas respostas na figura da secretaria de saúde e inclusive propõe-se uma conversa com a mesma, a fim de repensar este processo. Porem sabe-se que existe um movimento de resistência por parte da mesma, visto que muitos ofícios se perdiam e que ela enquanto secretaria respondia judicialmente por isso.

Tem-se em grandes organizações o que Baremblitt (2002) chama de organizante e organizado. O organizante está relacionado a ações permanentes que otimizam o funcionamento da organização, como neste exemplo, a centralização do recebimento e envio dos arquivos e o organizado como este

fluxograma, pronto e cristalizado, não discutido, apenas respeitado. Este movimento leva a uma rigidez das ações.

Lapassade (1996) aponta a burocracia como fruto de relações de poder e também de controle. Observa-se a burocracia como meio de controle quando ela existe para organizar um fluxo de trabalho que por muitas vezes tende a sair do fluxo esperado, no caso de ofícios não respondidos ou perdidos. Já a burocracia como poder, surge no sentido de hierarquizar forças dentro de um processo de trabalho, onde a partir de uma figura centralizadora, a secretaria, desdobram-se os processos de trabalho. Cabe as instituições do Estado, neste caso, saúde e justiça, garantirem a ordem social. Junto com as ideologias que a seguem e com as demandas sociais à elas dirigidas, a burocracia cria incansavelmente normas, ordens e ideias dentro delas.

A ideia de que tudo que envolve políticas públicas é automaticamente burocrático, aparece no discurso dos participantes como algo natural, esperado, indiscutível. Ao usar o exemplo de demora para que se trocasse um vidro quebrado na sede do MP, o promotor critica-a mas coloca-se numa posição onde não vê muitas possibilidades além dela.

Porem, como os movimentos transversais e atravessamentos andam lado a lado, logo o grupo discute maneiras de quebrar com essa burocracia. O promotor orienta que os serviços podem conversar via e-mail ou mesmo telefone para discutirem casos ou mesmo avisar, se acaso o prazo de resposta for insuficiente. Dispõe esse espaço e ainda garante que mais do que o prazo, o que importa são as ações realizadas em prol do caso em questão.

Percebe-se assim um movimento do grupo em tentar pautar as suas ações na resolutividade dos casos, criando maneiras de facilitar o andamento dos processos, mesmo atravessados pelas questões burocráticas que muitas vezes não colaboram para uma percepção de que as intervenções vem ocorrendo e que os caso estão sendo de fato acompanhados.

6.4. Transversalidades e atravessamentos

É evidente que a partir desta interface entre saúde mental e MP apresentada, percebam-se relações horizontalizadas e ações que remetem à corresponsabilidade, onde o MP e saúde mental trabalham de maneira consoante, como no trecho onde o promotor responde a coordenadora que diz do medo que sentiam deles na frase *"mas se não existir saúde mental, eu também não existo*" mas que mesmo assim, ainda existem atravessamentos que hierarquizam esta relação, visíveis nas cobranças realizadas pelo promotor ao CAPS.

É o promotor que em dado momento da reunião questiona a coordenadora do serviço sobre um caso de um munícipe mantido em uma instituição, utilizando como referência a própria política de saúde mental e a reforma psiquiátrica. Para ele, é inadmissível que o serviço concorde com esta conduta, exigindo uma intervenção. Durante a reunião, outro atravessamento visível é a intervenção do MP com o SAMU, reordenando o processo de internamento. O CAPS não conseguia estabelecer uma comunicação com o SAMU, visto na frase *"é diferente né, a gente que é da casa, falando... é diferente, agora vem alguém de fora, com mais força e manda, é bem diferente".*

Nos ofícios isto também pode ser observado com a emissão de ofícios periódicos solicitando informações sobre o caso supracitado do jovem que permaneceu no HSC diante do episódio da ejaculação na criança. Percebe-se um cuidado em garantir a este jovem minimamente um atendimento humanizado, cobrando a equipe inclusive, visitas ao hospital e relatório das condições do usuário. Outro atravessamento que aparece via oficio, é a emissão da recomendação administrativa que ordena condutas ao então prefeito garantindo a implementação da RAPS no município. Esta recomendação, até a saída deste promotor era retomada em todas as reuniões, conforme relato da coordenação.

A transversalidade aparece também na proposta do comitê intersetorial de saúde mental, que propõe uma discussão fora do especialismo com uma troca de experiências e de olhares sobre um determinado caso. Porem este comitê, ao contrário da reunião entre MP e Saúde mental, precisou ser instituído através de um movimento de atravessamento da justiça e do prefeito. Mesmo com uma proposta nascida em 1995, o comitê intersetorial sofre diversas

dificuldades de manutenção, onde restringe-se a ele a participação somente dos serviços de saúde.

Ainda sobre a reunião de saúde mental, este movimento transversal culminou um uma transformação ainda maior. Diante dos resultados alcançados, considerados exitosos, o promotor relata que as discussões sobre intersetorialidade vem ganhando espaço dentro do MP e que estas reuniões podem tornar-se algo instituído não só na promotoria de saúde, mas em todas as outras. Porem, pode-se perceber que esta reunião na verdade é apenas uma forma concreta desta interface, pois o encontro entre saúde e justiça está para além deste momento. Estes efeitos positivos provem de uma relação de cooperação entre duas diferentes instituições e seus estabelecimentos, que se propõe a manter um relacionamento de suporte e diálogo, aproximando as atuações de cada participante deste processo.

Fica claro que relações de poder se reorganizam, se reeditam, conforme as demandas que surgem. Novos arranjos são necessários entre os atores implicados no processo de cuidado. A aproximação e cooperação entre os agentes provoca o movimento, levando a uma intervenção que vai além do instituído, do prescrito, mas que se torna efetiva para o usuário. As instituições precisam deste movimento, pois elas estão em um processo de constante reorganização. O instituinte é o processo, o instituído é o resultado, mas ao falar de saúde mental, os resultados são plurais, complexos, nunca estáticos. Ora esta interface se dá de forma dialógica, ora se dá de maneira verticalizada. Conclui-se que a coexistência destas relações é uma dinâmica fundamental para o funcionamento destas instituições.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Enquanto ordenador do cuidado das pessoas com transtorno mental, cabe ao CAPS não só pensá-lo em sua liberdade, mas também pensar sua autonomia, sua dignidade, sua (re)inserção na sociedade e novas possibilidades de produção de saúde. Esta tarefa não é tão simples, pois promover saúde envolve todas as esferas que compõe a vida deste indivíduo e ainda ir contra um movimento social de exclusão de tudo aquilo que não é desejável. Percebe-se

através do discurso dos trabalhadores diversos desafios que transpõe a prática e exigem um movimento dos mesmos.

Dentro das instituições, são diversos os movimentos que a caracterizam como algo dinâmico e em constante transformação. Pensar o cuidado em saúde mental exige um movimento que vai além desta dinamicidade, visto tudo que ele envolve. As instituições sã organismos vivos, constituídas pelos diversos movimentos que se desenham e diversos atores que coabitam seus dispositivos. Os casos complexos transpõe a lógica do cuidado em liberdade para um cuidado que de fato seja eficiente. Em um primeiro momento, a intenção deste trabalho era conhecer o processo de internamento compulsório, mas logo isto aparece como um tema irrelevante diante de tantos outros desafios que surgem mesmo com a reforma psiquiátrica.

O fato de que a justiça e os serviços de saúde mental trabalham consoante ao modelo de cuidado previsto pela reforma não exclui a existência de outras problemáticas que tornam-se agora responsabilidade de ambos e que conduzem estes trabalhadores a repensar e discutir constantemente a lógica de trabalho. Este movimento fica evidenciado na criação da reunião intersetorial e na angústia pela não formalização do comitê intersetorial, que em meio a uma grande resistência, tenta se estabelecer. Outro movimento a se considerar é a implantação de um acolhimento também nos serviços de justiça, a fim de viabilizar e humanizar os processos de trabalho, ainda muito burocráticos. A burocracia é algo inevitável dentro da organização de grandes dispositivos, mas precisa ser entendida como parte do processo e não somente como algo que dificulta os demais movimentos que a constituem.

As interfaces entre saúde e justiça configuram um movimento de forças, poderes e saberes que se desenham em movimentos instituídos e instituintes. As interfaces se dão via formal, pelo oficio e via reunião, como movimento transformador dentro da instituição. Os movimentos instituintes e instituídos são essenciais para a existência e manutenção de ambas. Conclui-se que esta interface é inevitável e necessária para o processo de trabalho de ambos os estabelecimentos, que apesar da burocracia e dificuldades relatadas, permitem sempre novas discussões e novas possibilidades acerca do próprio fazer. Os desafios da pratica são inesgotáveis, mas a potência do encontro e do

movimento dos sujeitos implicados no processo são de fato o que determina a efetividade das suas ações e consequentemente, a qualidade e efetividade das mesmas.

Ao conhecer como se dão estas interfaces, percebe-se movimentos instituintes que se desenham em meio ao processo de trabalho de ambos os dispositivos e que a relação entre saúde e justiça não se limita a um processo burocrático. Percebe-se também, que diferente da biografia apresentada, onde historicamente apresentam-se dissonâncias entre saúde e justiça, aqui é visível um trabalho em rede que opera na mesma direção, do cuidado em liberdade e em rede. Esta proposta de reunião emerge a importância de se pensar além do trabalho instituído, dos papeis e protocolos, pois é inegável a interdependência que existe entre eles e com a necessidade de se pensar e operar a intersetorialidade. Diante da complexidade do cuidado da pessoa com transtorno mental, movimentos instituintes tornam-se necessários dentro das instituições. Em conjunto, o cuidado em saúde mental, bem como a garantia de direitos tornam-se consoantes e muito mais possíveis, pois o cuidado vai além do acesso ao tratamento, mas um trabalho constante para desmistificar a ideia de que saúde mental restringe-se ao CAPS e que pode ser produzida e promovida nos mais diversos espaços e encontros.

8. REFERÊNCIAS

AGUIAR K.F.; ROCHA M. L., **Pesquisa-Intervenção e a Produção de Novas Análises.** Psicologia: Ciência e Profissão, 2003, 23 (4), 64-73. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v23n4/v23n4a10.pdf. Acesso em fev./2019.

ALVERGA, A.; DIMENSTEIN, M. **A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura.** Interface, Botucatu, 2006

AMARANTE, P. **An adventure in the insane asylum:** the life of Franco Basaglia. Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos [Internet], 1994.

_____, P; NUNES, M.O. **A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios.** Ciência & Saúde Coletiva, 23(6):2067-2074,

2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-2067.pdf. Acesso em fev/2019.

ANDRADE, D.P. **Para além da loucura e da normalidade:** Nietzsche contra a recepção psiquiátrica. Revista de Filosofia Aurora 20 (27), 279-301, 2008.

ASENSI, F. D. **Judicialização ou juridicização?** As instituições jurídicas e suas estratégias na saúde. Physis, Rio de Janeiro, 2010.

ASSIS, J. T.; BARREIROS, G. B.; CONCEICAO, M. I. G. **A internação para usuários de drogas:** diálogos com a reforma psiquiátrica. Rev. latinoam. psicopatol. Fundam. São Paulo, v. 16, n. 4, p. 584-596, Dec. 2013. Acesso em fev/2019.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica.** Paulo Amarante(org). Rio de Janeiro: Garamond,2005.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes:** teoria e prática. 5ª. ed. Belo Horizonte, MG: Instituto Felix Guattari (Biblioteca Instituto Félix Guattari); 2002.

BERNARDES, E.M.; VENTURA, C. A. A. **Defensoria Pública do Estado de São Paulo, participação social e acesso à justiça.** *Saúde debate* [online]. 2019, vol.43, n.120, pp.269-275. Epub 06-Maio-2019. ISSN01031104. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000100269&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

BENINI, E.R. **O poder psiquiátrico**: Curso do College de France. Volume 5, UFJF. Dez/2008.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988, 292 p

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Rede de Atenção Psicossocial.** Governo Federal. Disponivel em: www.saude.gov.br/saudemental. Acesso em 25 de maio de 2016.Brasília, 2013

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Memória da loucura**: apostila de monitoria. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos– Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde.** Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Humanização. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf. Acesso em: fev/2019.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde.** Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe_referencia.pdf. Acesso em: fev/2019.

_____. Ministério da Saúde. **PORTARIA GM Nº 3.088, de 23 DE DEZEMBRO DE 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em jun./2017.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados** – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015 (acesso em 27/08/2017). Disponível em: https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12- edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf. Acesso em: ago./2017.

_____. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS.** Disponível em: http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf. Acesso em jan./2019.

BRAUNER, M. C.C.; FURLAN, K. M. **O crescente processo de medicalização da vida:** entre a judicialização da saúde e um novo modelo biomédico. In: BRAUNER, Maria Claudia C.; PIERRE, Philippe. *Direitos Humanos, Saúde e Medicina*; uma perspectiva internacional. Rio Grande: Ed. FURG, p. 103-132, 2013.

CAMARGO, R. M. P. ; OLIVEIRA, R.M. **Internação Psiquiátrica**: Ouvindo quem passou pela experiência. REME rev. min. enferm; 13(2): 293-302, abr/jun 2009.

CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. **Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 87-94, mar. 2011. ISSN 1980-220X. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40670>.

CARVALHO, S. M; PERUCHI, J. **Não converso com demente: i**ntersecções entre direito e saúde mental. Psicol. ciênc. prof; *36(3): 584-596,* jul.-set. 2016*.* https://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/psi-69319

CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. **Desafios da intersetorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social:** uma revisão do estado da arte. Physis, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1265-1286, Dec. 2017 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000401265&lng=en&nrm=iso>. Acesso em fev/2019.

CASTRO, H.H.M. **Do Direito público subjetivo à saúde:** Conceituação, previsão legal e aplicação na demanda de medicamentos em face do Estado-

Membro. Disponível em <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=6783. 2011

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Judicialização da saúde no Brasil:** dados e experiência. Coordenadores: Felipe Dutra Asensi e Roseni Pinheiro. - Brasília, 2015.

CORDIOLI, M.S; BORENSTEIN, M.S; RIBEIRO, A. A. A. **Hospital de custódia:** os direitos preconizados pela reforma psiquiátrica e a realidade dos internos. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 671-677, DEZ.2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000400008&lng=en&nrm=iso>.

COSTA JUNIOR, F.; MEDEIROS, M. **Alguns conceitos de loucura entre a psiquiatria e a saúde mental:** diálogos entre os opostos. Psicologia USP, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 57-82, mar. 2007

DELGADO, P. G. G. **O desafio da produção de conhecimento sobre a reforma psiquiátrica brasileira.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 312, fev. 2015. Disponivel em www.scielo.br/scielo. Acesso em 25 de maio de 2016. Rio de Janeiro, 2015.

_____, P.G.G. **Reforma Psiquiátrica.** In: GRIGOLO, T.M. e PIRES, O.M. (orgs.) Políticas de saúde mental e direitos humanos [Recurso eletrônico] - Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014. Disponível em: https://unasus.ufsc.br/alcooleoutrasdrogas/files/2015/03/Modulo-2.pdf. Acesso em set.2017.

DOBIES, D. V.; L'ABBATE, S. **A resistência como analisador da saúde mental em Campinas** (SP): contribuições da Análise Institucional. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 120-133, Sept. 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042016000300120&lng=en&nrm=iso>. Acesso: setembro/2019. http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611009.

FERREIRA, T. P. S. *et al.* **Produção do cuidado em Saúde Mental**: desafios para além dos muros institucionais. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2017, v. 21, n. 61 [Acessado 23 Setembro 2019], pp. 373-384. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0139>. Epub 24 Out 2016. ISSN 1807-5762. https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0139

FORTUNA, C.M. et al. A análise de implicação de pesquisadores em uma pesquisaintervenção na Rede Cegonha: ferramenta da análise. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 32(9):e00117615, set, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2016000904001&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em jun./2019.

FOUCAULT, M. **História da loucura**. Ed.Perspectiva. São Paulo, 1978.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos.** Tradução de Dante Moreira Leite. 7ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

GUIMARÃES, J.; MEDEIROS S.M; SAEKI, T.; ALMEIDA, M.C.P. **Desinstitucionalização em saúde mental:** considerações sobre o paradigma emergente. Rev Saúde em Debate 2001; 25(58):5-11

GUIMARÃES, T.A.V, ROSA, L.C.S. **A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019:** análise de uma conjuntura antirreformista. Revista O social em questão. MAIO/2019. Disponível em: http://osocialemquestao.ser.pucrio.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=686&sid=59

GUIZARD, F.L.; LOPES, M.R.; CUNHA, M.L.S. **Contribuições do Movimento Institucionalista para o estudo de políticas públicas de saúde**. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. *Caminhos para análise das políticas de saúde*, 2011. p. 200-218. Online: disponível em www.ims.uerj.br/ccaps.

GONCALVES, Renata Weber; VIEIRA, Fabíola Sulpino and DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **Política de Saúde Mental no Brasil:** evolução do gasto federal entre 2001 e 2009**.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2012, vol.46, n.1, pp.51-58.

GELINSKI, C.R.O.G. A questão da co-responsabilidade prevista na estratégia saúde da família. Política e Sociedade, Florianópolis, v. 10, n. 19, p. 97-114, 2011.

L'ABBATE, S. **A análise institucional e a saúde coletiva.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 265-274, 2003 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100019&lng=en&nrm=iso>.

_____. **Análise Institucional e Intervenção:** breve referência à sua gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. *Mnemosine* 2012; 8(1):194- 219.

LEWIN, K. **Dinámica de la Personalidad**. Madrid: Morata, 1969.

LIMA, R. C. **O avanço da Contrarreforma Psiquiátrica no Brasil**. Physis, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, e 290101,2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312019000100100&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 1 out. 2019. Epub 18-Abr-2019. http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312019290101.

LOURAU, R. René Lourau na UERJ. **Análise Institucional e Práticas de Pesquisa.** 1993.Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro - RJ. 1993.

MACERATA, I. M.; PASSOS, E. **Intervenção com jovens em situação de rua:** problematizando cuidado e controle. Psicol. Soc., Belo Horizonte, v. 27, n. 3, p. 537-547, Dec. 2015. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822015000300537&lng=en&nrm=iso>. Acesso em set/2019

MATHES, P. G.; SILVA, F. B. **Saúde mental e o campo sociojurídico:** o "estado da arte do debate" com a reforma psiquiátrica. Saúde e sociedade, v. 21, n.3, Setembro 2012.

MENDONÇA, R.L; RODRIGUES.C.E. **Foucault com Freud**: Cultura, adoecimento, internação.Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, V. 3, n. 6, p. 151-170 151

MESQUITA, J. F.; NOVELLINO, M. S. F.; CAVALCANTI, M. T. **A Refroma Psiquiátrica no Brasil:** Um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental. Rio de Janeiro UFRJ, 2010.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO PARANÁ. MPPR. Disponível em https://mppr.mp.br/. Curitiba, 2019

NUNES, J.A: **Saúde, direito à saúde e justiça sanitária**. Revista Crítica de Ciências Sociais[Online], 87 | 2009, colocado online no dia 15 Outubro 2012, criado a 30 Setembro 2016. URL: http://rccs.revues.org/1588; DOI10.4000/rccs.1588

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. **Entre a saúde coletiva e a saúde mental:** um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2006.

PAULON, S. M. **A análise de implicação com ferramenta na pesquisa-intervenção**. Psicol. Soc., Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 18-25, Dec. 2005 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822005000300003&lng=en&nrm=iso>. access on 1 Oct. 2019. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822005000300003

PEDROSA, T.B; MOREIRA, M.I.B. **Saúde mental e justiça:** os desafios do cuidado em rede. Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória, 19(2): 73-82, abr-jun, 2017

PENIDO, C.M.F., **Análise da Implicação de apoiadores e trabalhadores da estratégia de Saúde da Família no apoio matricial em Saúde Mental.** 2012. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais.

PERON, P. R. **A trágica história do hospital psiquiátrico de Colônia.** Psic. Rev. São Paulo, volume 22, n.2, 261-267, 2013.

PICCININI, W. O., Galdini A.M. R. **História da psiquiatria**: a loucura e os legisladores. Psychiatry on line Brasil, s.l., v.11, n.3, s.p. Disponível em: http://www.polbr.med. br/ano06/wal0306.php. Acesso em: 23 jan. 2012. 2006.

PONTA GROSSA. **Decreto nº 10.925, de 28/12/2015 que constitui comitê municipal intersetorial em saúde mental, conforme especifica.** Prefeitura Municipal de Ponta Grossa, 2015.

PORTOCARRERO, V. **Arquivos da loucura:** Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 152 p. Loucura & Civilização collection, v.4. ISBN 85-7541-019-9. A

PROVIDELLO, G. G. D.; YASUI, Si. **A loucura em Foucault:** arte e loucura, loucura e desrazão. Revista Hist. cienc. saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 20, ASENSI, n.4, p.1515-1529, Dez.2013. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702013000401515&lng=en&nrm.

ROSSI, A. PASOS, E. **Análise institucional:** revisão conceitual e nuances da pesquisa intervenção no brasil. Revista EPOS; Rio de Janeiro – RJ, Vol.5, nº 1, jan-jun de 2014; ISSN 2178-700X; pág. 156-181.

REINALDO, A.M.S; PILLON, S.C. **História da enfermagem psiquiátrica e a dependência química no Brasil**: atravessando a história para reflexão. V.11, n.4. Rio de Janeiro.2011.

ROCHA, M.L; AGUIAR, K.F.: **Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises**. Psicologia, ciência e profissão, Brasília, v. 23, n. 4, p. 64-73. Dez, 2003.Disponível:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000400010&lng=en&nrm=iso>.

ROCHA, C. S. M. F. **Juridicização engajada da adolescência:** sobre um caso de internação psiquiátrica compulsória. Saude soc., Jan 2018, vol.27, no.1, p.201-214. ISSN 0104-1290. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902018000100201&lng=pt&nrm=iso

ROMAGNOLI R.C., et al. **As relações equipe-família em análise:** a pesquisa-intervenção no Centro Psicopedagógico Renato de Avelar Azeredo. Minas Gerais. 2009.

_____. **O Conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista.** Psicologia & Sociedade 26 (1), 44-52. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822014000100006&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em jul./2017.

_____. **Transversalizando as políticas públicas:** quando a intersetorialidade se torna rizomática. Psicologia e estudo. Maringá/2017.

ROSSI, A.; PASSOS, E. **Análise institucional:** revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. Rev. Epos, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 156-181, jun.2014.Disponível:http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178700X2014000100009&lng=pt&nrm=is.

SILVA, E. P. **Ética, loucura e normalização:** um diálogo entre a psicanálise e Michel Foucault. Psicol. cienc. prof. [online]. 2001, vol.21, n.4 [cited 2018-11-16], pp.16-25. Available from: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000400003&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1414-9893. http://dx.doi.org/10.1590/S1414-9893200100040000

SILVA, M. M. S.M. **Cidadania e desnaturalização:** sentidos atribuídos ao ensino de sociologia na educação básica. Revista Habitus, v. 12, n. 2, jul. 2015. Disponívelem:<https://revistas.ufrj.br/index.php/habitus/article/view/11436/8386

SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V. A. B. **Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, p. 591-595. Agosto, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104116920050004000019&lng=en&nrm=iso.

SILVEIRA, F. A. SIMANKE, Richard Theisen. **A psicologia em História da Loucura de Michel Foucault.** *Fractal, Rev. Psicol.* [Online]. 2009, vol.21, n.1 [cited 2018-11-16], pp.23-42. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922009000100003&lng=en&nrm=iso>.

SZYMANSKI, H.; CURY, V. E. **A pesquisa intervenção em psicologia da educação e clínica:** pesquisa e prática psicológica. Revista Estudos de. Psicologia, Natal , v. 9, n. 2, p. 355-364, Agosto. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2004000200018&lng=en&nrm=iso>.

TESSLER, M. I. B. **A justiça e a efetividade na saúde pública**. Orientador: Prof. Dr. Guilherme Figueiredo Leite Gonçalves. v. 1, 139 pg. Rio de Janeiro, 2010.

VASCONCELOS E.M. (organizador). **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira.** São Paulo: Hucitec Editora; 2010.

VOSGERAU, F.T. **A história da saúde mental e seu processo de Reforma Psiquiátrica no município de Ponta Grossa, Paraná, Brasil.** Revista Emancipação/UEPG. 2012. Disponível em: https://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/1919.