



EFETIVIDADE DA LEI ANTIMANICOMIAL Nº 10.216, DE 06 DE ABRIL DE 2001 E SUAS REPERCUSSÕES NO INTERIOR DE UMA INSTITUIÇÃO PSIQUIÁTRICA NA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA

RESENDE, Laura Lemes de
PIRES, Joyce Finato

Resumo

Segundo a literatura especializada, o objetivo da Lei Antimanicomial nº10.216/2001 é possibilitar maior autonomia aos pacientes psiquiátricos, que passam a serem vistos como sujeitos de direito. A mesma lei diz respeito à outras alternativas de tratamento, tais como: CAPS, residências terapêuticas e casas-lares, propiciando a desospitalização como meio principal de tratamento. Partindo de tal premissa, essa pesquisa almeja examinar o alcance da lei, tendo como escopo o estudo de caso de um hospital psiquiátrico da Região Metropolitana de Curitiba com vistas a compreender o desenvolvimento de pacientes tratados de acordo (e dentro dos padrões) da já citada lei. Busca-se ainda investigar o *modus operandi* dessa instituição, averiguando se o tratamento médico-psiquiátrico atual é condizente com a proposta de humanização dos pacientes. Para tanto, empregamos o método de pesquisa qualitativa e bibliográfica.

Palavras-chave: lei antimanicomial; hospital psiquiátrico; tratamento humanizado.

Abstract

According to the specialized literature, the goal of the anti-asylum law n. 10.216 of 2001 is to enable greater independence to the psychiatric patients, which were now interpreted as subjects of rights. The same law concerns other treatment alternatives, such as: CAPS, therapeutic houses and “casas-lares”, providing de-hospitalization as a primary means of treatment. Assuming that premise, this research seeks to examine the scope of the law, having as a goal a case study in Curitiba’s metropolitan zone psychiatric hospital in order to comprehend treated patients’ development according (and within the standards) the aforementioned law. In addition, we seek to investigate the *modus operandi* of this institution, inquiring if the current medical-psychiatric treatment is consistent with humanizing proposals from the patients. For this purpose, it was applied qualitative and bibliographical research.

Key-words: anti-asylum law; psychiatric hospital; humanized treatment.

INTRODUÇÃO

O presente artigo abrange o estudo realizado ao longo de dois anos no Programa de Educação Tutorial (PET – Direito/Unibrasil) durante os quais foi estudada a relação entre Direito e Loucura.

No primeiro ano, elaboramos um artigo acerca da Lei Antimanicomial no Brasil abrangendo desde o ano de 1980 até os anos 2000, com o intuito de repensar os discursos psiquiátrico e jurídico acerca da loucura bem como os aspectos de sua marginalização juntamente com a reinserção dos pacientes psiquiátricos no seio social.

Agora, nesta segunda etapa de nossa pesquisa, pretendemos demonstrar que este sujeito tido como adoecido mentalmente, extirpado totalmente de seu aspecto autônomo e subjetivo, tornou-se referência para que se compreendesse o afrontamento do tradicional modelo de atenção em saúde mental, assim, então, imperioso o entendimento das consequências pós-Lei Antimanicomial.

O tradicional modelo de tratamento faz referência à lógica clássica da instituição hospitalar, retratado pelo rótulo típico dessas instituições totais, conforme preconizado por Goffman, escancarando as relações de poder existentes, assim como o tratamento moral destes, configurando “a carreira moral do doente mental” (GOFFMAN, 1974, p. 72). A disciplina recaída sobre os corpos com o intuito de recriar posturas, apregoada pela lógica pineliana, despojava este ser de toda a sua identidade, subjugando, distorcendo, isolando, violentando e dopando-o até que não existisse mais nada em sua subjetividade que pudesse ser esfacelada. Em sua primeira aula no Collège de France, Foucault se fundamenta em Pinel para descrever essa dominação sobre o alienado (FOUCAULT, 2006, p.11-12).

Manter a sociedade longe da circulação do doente mental, através da ideologia de uma ‘tutela’ perante o Estado, na qual os hospitais psiquiátricos tiveram participação ativa, fez-se muito presente por meio do discurso psiquiátrico-científico, esse novo campo de saber que se afluía no século XIX e que esquadriñava seu corpo e sua vida a fim de que se tornassem propósito dos tratamentos corretivos que ocorriam em seu nome. Esse discurso

higienista – marcado acentuadamente pela anulação desses desviantes – foi também presente no Brasil, no final do século XIX e início do século XX. Pretendia-se salvaguardar o povo brasileiro dos males que o pudessem atingir (ABREU JÚNIOR, L. M.; CARVALHO, E. V., 2012).

Assim sendo, baseado nas colocações de DALMOLIN (2006, p. 39) segundo o qual os indivíduos acometidos por doenças mentais acabam sendo afetados em quase todos os aspectos de suas vidas, pretendemos averiguar o alcance da Lei Antimanicomial n.º 10.216/2001 para compreender o desenvolvimento dos pacientes tratados de acordo (e dentro dos padrões) da lei, assim como verificar se o tratamento médico-psiquiátrico atual é condizente com a humanização destes pacientes, com as possibilidades de se estabelecerem trocas, em detrimento do tolhimento de suas subjetividades quando da comparação com o tratamento oferecido antes da lei.

MATERIAL E MÉTODO

Por se tratar de um estudo de caso, no que se refere à metodologia utilizada, empregar-se-á o método indutivo. No que se refere à pesquisa bibliográfica, utilizar-se-á o método dedutivo. Deste modo, a pesquisa será fundamentada na leitura crítica de obras publicadas, textos e artigos científicos relacionados ao tema, juntamente à entrevista realizada através da pesquisa qualitativa.

RESULTADOS

O Hospital Psiquiátrico estudado, situado na Região Metropolitana de Curitiba é uma instituição filantrópica sem fins lucrativos integrada em sua totalidade ao Sistema Único de Saúde e vinculada ao CAPS (Centro de Atenção Psicossocial). Desde sua inauguração na década de 1960, atua no tratamento dos transtornos psiquiátricos. Atualmente conta com 390 leitos exclusivos a pacientes do sexo masculino, dividido em 3 alas: a de dependentes químicos que também podem apresentar algum tipo de transtorno mental (260 pacientes); a de adolescentes dependentes químicos (30 pacientes) e; a de transtorno mental grave (100 pacientes). A instituição atua

com uma equipe médica-psiquiátrica e clínicos, psicólogos, assistentes sociais, educador físico, musicoterapeuta, equipe de enfermagem, nutricionista, terapeuta ocupacional e setor jurídico. O Hospital possui lavanderia industrial, um campo de futebol, horta, jardim, lanchonete, morgue, “fumódromo”, farmácia e salão de festas na sua área externa. Na área interna, entre as alas, a propriedade conta com dois leitos de Unidade de Terapia Intensiva, cozinha industrial, pátio, academia, biblioteca, salas lúdica, de TV e de atividades. Dispõe conjuntamente de um ambulatório com 6 consultórios para atender a população do entorno.

Os pacientes em tratamento possuem faixa etária variável com idade mínima a partir de 12 anos. Os serviços prestados pela instituição abrangem indivíduos de todo o Estado do Paraná, considerado o maior hospital psiquiátrico da região. Em sua esmagadora maioria, seus usuários são acometidos pela pobreza extrema e para ingressarem no hospital devem possuir laudo médico circunstanciado em consonância com a Lei n. 10.216/2001, que caracterize os motivos de sua internação.

A parte estrutural do prédio construído na década de 1960 faz alusão ao que se descreve em obras sobre o tema nas décadas que antecedem a Lei Antimanicomial. Circundado por muros altos e concertinas, contornado por área verde abundante, seu aspecto retangular indubitavelmente remeteria ao Panóptico de Bentham¹. Ao adentrar na propriedade nos deparamos com corredores limpos; aspecto de organização; ambiente sóbrio, ora muito iluminado ora opaco; poucas janelas; portas entre todas as alas que se mantêm trancadas e que trancam e se destrancam com a mesma chave; câmeras espalhadas por toda a unidade hospitalar captam todos os movimentos e inviabilizam a privacidade até mesmo nos banheiros; nos leitos de adolescentes portas magnéticas que não se trancam, mas se mantêm fechadas e, mesmo fechadas permitem a observação – tanto de dentro quanto de fora – por meio de um retângulo.

¹ Jeremy Bentham (1748-1832), inglês, filósofo, jurista, fundador da doutrina utilitarista e a ele atribuído a idealização do “*Panopticon*”. Segundo Michel Foucault, “[...] O Panóptico é uma máquina maravilhosa que, a partir dos desejos mais diversos, fabrica efeitos homogêneos de poder” (Foucault, M. **Vigiar e Punir**: nascimento da prisão. 42. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014, p. 196).

Ao entrevistar o psiquiatra e chefe técnico do hospital, nos foi relatado as atividades que são ofertadas aos internos, como musicoterapia, palestras, artesanato, assim como o tratamento com psicofármacos.

Foi exposto o programa terapêutico dos 3 grupos. Aos adolescentes o prazo de permanência máximo indicado é de 30 a 45 dias, geralmente, quando o prazo máximo recomendado é extrapolado correlaciona-se este a uma medida socioeducativa que frequentemente pode alcançar um período compreendido entre 6 a 8 meses. O regime de admissão para a internação é o compulsório, e se dá através de medida judicial e em grande parte dos casos está ligado a atos infracionais.

Para os adultos com dependência química este período é de 2 meses e seu ingresso se faz de forma voluntária quando o indivíduo espontaneamente se sujeita ao internamento. É necessária declaração de que se optou por esse regime terapêutico. Sua alta acontece em duas circunstâncias: quando o próprio paciente decide pelo fim do tratamento há a obrigatoriedade de solicitação por escrito e, a segunda hipótese é a determinação do médico assistente. No ingresso involuntário, não há o consentimento do usuário, acontece mediante pedido de terceiros e o médico técnico fica obrigado a informar, tanto no ingresso no tratamento quanto no seu término – que se dá pela solicitação escrita por familiares e responsáveis ou pela alta médica –, o Ministério Público dentro do prazo de 72 horas. No tocante aos adultos com transtorno mental grave ou agudo, o médico revelou que muitos são os casos de famílias de pacientes que não querem aceitar o fardo de cuidar destes novamente, deixando-os aos cuidados do hospital.

O chefe técnico do hospital expõe ainda que existe um nível de suicídio particularmente alto relacionado aos adolescentes dependentes químicos.

Indagado sobre os pacientes idosos recebidos pelo hospital, o psiquiatra relatou atender indivíduos com demência decorrente da idade avançada, especialmente Alzheimer, mas adverte que aquela instituição não é a adequada para o tratamento referente a essa transtorno mental.

DISCUSSÕES

A instituição psiquiátrica estudada na Região Metropolitana de Curitiba é uma unidade que cuida da atenção em saúde mental de pacientes do sexo masculino em estado grave ou agudo, advindos do CAPS da cidade, do entorno e de municípios de todo o estado paranaense. Opera em lotação máxima da sua capacidade de leitos. Seus usuários são oriundos em sua totalidade pelo Sistema Único de Saúde.

A cidade em que o estabelecimento se situa dispõe, além de rede de atenção básica, o CAPS ad (- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - habilitado em 2007, é um serviço comunitário, de competência municipal, que atende crianças, jovens e adultos com algum grau de dependência química) e Caps II (habilitado em 2006, é um serviço de base comunitária, de competência municipal, cuja clientela abrange todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico, decorrentes de transtornos mentais graves e constantes relacionados ao uso de substâncias psicoativas), estabelecidos por lei pelo critério demográfico.

Segundo dados fornecidos pelo IBGE, a cidade analisada conta com uma população estimada para o ano de 2017 de 107.751 residentes (IBGE, 2017). É preconizado pela Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, a existência de unidades CAPS II, CAPS I (Centro de Atenção Psicossocial Infantil), CAPS ad e rede básica de saúde mental a municípios que possuam de 70.000 a 200.000 habitantes (BRASIL. 2002). Há também incentivo financeiro para o investimento na construção de CAPS e unidades de acolhimento, previsto pela Portaria nº 615, de 15 de abril de 2013 (BRASIL. 2013). Em sua totalidade, o estado do Paraná usufrui de 81 CAPS (PARANÁ, 2008). Municípios com número de habitantes inferior a 15 mil devem ser atendidos pela rede básica de saúde mental de sua cidade ou procurar por alternativas no entorno, como é o caso do hospital estudado, que capta essa demanda advinda de outras cidades do Paraná.

Na questão referente à quantidade de leitos do hospital, percebe-se que ainda existem 9 leitos asilares (leitos oriundos do antigo modelo hospitalar manicomial), entretanto, a Lei Antimanicomial menciona o redirecionamento do modelo assistencial (GENTIL, 2004, p. 58). Segundo o psiquiatra, esses leitos

continuarão sendo oferecidos pelo hospital, porém no modelo previsto pela Lei 10.216/01. Segundo dados de 2015 da Organização Mundial de Saúde, 1 em cada 10 pessoas no mundo sofre de algum distúrbio de saúde mental (OMS, 2015).

O tratamento destes pacientes na instituição está de acordo com o previsto na Lei Antimanicomial, em seu art. 3.º, § 2.º, sobre a assistência integral de médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais.

DAMAS, em sua dissertação de mestrado, cita TABORDA & BINS e é corroborado com o médico psiquiatra, ao comentar da relação proporcionalmente inversa da diminuição do número de leitos com o aumento do número de pessoas no cárcere e da população de rua (DAMAS, 2011, p. 57). O médico afirma também que o processo da Reforma Psiquiátrica se operou de forma acelerada e sem o suporte de uma rede de assistência que viabilizasse a lógica da desmontagem da estrutura manicomial, inversamente como o ocorrido na Itália, assim como expressa VENTURINI (2016, p. 23-24) quando relata sua experiência no desmantelamento do aparato manicomial em Ímola. O Relatório Mundial de Saúde, produzido pela OMS corrobora com a visão do psiquiatra: “A desinstitucionalização não tem constituído um êxito sem reservas, e os cuidados comunitários ainda enfrentam muitos problemas operacionais” (OMS, 2001, p. 99).

No que concerne à estrutura externa da propriedade, não pudemos constatar se sua totalidade é utilizada por todos os pacientes, como o campo de futebol ou o jardim. O psiquiatra informou que há ocasiões específicas nas quais os internos se deslocam para esses locais, como por exemplo, apresentação de um Coral, Futebol de Sabão, projeto Semana de Artes, apresentação do Corpo de Ballet do Teatro Guaíra de Curitiba, entre outras diversas atividades. Não se constata que todos os internados possam se beneficiar destas ações, conforme se percebe no *site* da instituição.

A estrutura externa do hospital remete-nos ao Panóptico de Jeremy Bentham, cujo “aumento de saber vem se implantar em todas as frentes de poder, descobrindo objetos que devem ser conhecidos em todas as superfícies onde este se exerça” (FOUCAULT, 2014, p. 198).

Câmeras de vigilância instaladas em todo o local garantem a supervisão (no sentido de inspeção e, num sentido biopolítico, de se ter uma super visão, ver além, pois vigia). A vigilância incessante e persistente dos indivíduos pelos funcionários é peça importante do poder disciplinar. A disciplina, baseada na ordem e controle, e aplicada através dos ritos diários produzidos pelos pacientes nas alas psiquiátricas demonstram mais uma vez que o sistema psiquiátrico se arrasta de maneira similar à de décadas atrás.

Foucault, em suas aulas no Collège de France, no início da década de 1980, coloca de maneira bem explícita a questão da semelhança dos asilos com as prisões ou colégios “[...] os asilos deviam ser semelhantes às colônias, às oficinas, aos colégios, às prisões, isto é, que a especificidade do asilo está em ser exatamente homogêneo àquilo de que ele se diferencia” (FOUCAULT, 2006, p. 207). A observação desse instituto se dará mais evidente com o reconhecimento interno de suas alas, a opressão intensificada das paredes sem vida, a não-privacidade, os ritos diários realizados, todos de alguma forma despersonalizando o indivíduo ali inserido, moldando-o de acordo com as premissas estabelecidas pelo poder hierárquico dessa instituição.

Na sua estrutura interna, a limpeza asséptica, estéril, dos corredores, nos remete a produção de uma concepção higienista, muito presente no século XX na capital paranaense, segundo ALMEIDA (2013, p. 16). A grande cozinha industrial situa-se separada da área onde são servidas as refeições. A comida não possuía aparência que estimulasse o apetite, porém, seu cheiro não denunciava nenhum aspecto de apodrecimento. O grande saguão dos pacientes em sofrimento mental possui uma TV antiga no alto da parede, longe dos bancos encostados também na parede oposta, sem nenhuma sensação de aconchego. O pátio dos dependentes químicos possui dois telefones de uso público, que se dá através do uso de cartões telefônicos ou chamadas à cobrar.

Entre as alas há a sala de TV que, quando da sua não utilização para entretenimento televisivo, é utilizada para outras atividades, tais como: palestras, jogos, artesanato, etc. Há também sala de TV com aparelho de *videogame* na ala dos pacientes dependentes químicos, tanto adolescentes

quanto de adultos, e, a sala lúdica, que se localiza na ala dos pacientes com transtorno mental, sendo a única com as paredes totalmente coloridas e laváveis, para a ocasião de se usar giz de cera. O piso desta sala é totalmente forrado de EVA colorido e em tons bem vivos. Percebeu-se a preocupação do hospital em manter a limpeza e organização das salas, todavia, a sala de TV e a sala de *videogame* não passam a sensação de entretenimento, acolhimento, lugar propício para a interação e relaxamento.

Os pacientes usam de seu tempo de ócio, junto a voluntários, na prática do artesanato. Estas oficinas incentivam sua criatividade e intelectualidade artística. O hospital dispõe de uma academia, para que os mesmos possam fortalecer seus corpos, orientado por um profissional de Educação Física. O musicoterapeuta também tem atuação predominante na instituição, provocando através da música uma melhor interação entre os pacientes.

Dois grandes quadros dispostos nas paredes, separados por um corredor, contam com os nomes dos adolescentes, na ala de mesmo nome. Em um deles, a sua progressão era mostrada, simbolicamente, com o plantar de sementes, sua germinação, até transformar-se em árvores e dar frutos, conforme suas condutas e melhoras. No outro quadro, destacava-se sua pontuação em relação ao seu comportamento, na interação deles com os companheiros e a rigidez de sua rotina (arrumar cama, etc).

Palestras diárias motivacionais e de autoconhecimento são feitas pelos próprios funcionários para os pacientes e seus familiares, assim como de outros profissionais. O médico psiquiatra descreve as atividades oferecidas para os pacientes com um sentimento de que sua missão em relação à humanização ou tratamento humanizado está sendo cumprida, considerando as possibilidades precárias, os recursos repassados há anos sem reajuste, dentre outras dificuldades existentes. Indagado sobre como visualiza esse contexto futuramente, relata que o caminho é o estrangulamento do hospital cujo sucateamento será breve. Mas ainda sim seu discurso tem ânimo, um sentimento de orgulho pelo que produzem ali com muito esmero. Sendo o hospital uma instituição que abriga pacientes em estado grave ou agudo das

condições de transtorno mental, é de se esperar que o tratamento com psicofármacos se dê de forma costumeira.

Conforme relatou o psiquiatra da referida instituição no que se refere aos dependentes químicos, a reincidência é de caráter corriqueiro. Enfatiza que para este grupo é indispensável tratamento a longo prazo e está dentro das estatísticas o paciente que retorna ao hospital por diversas vezes. As recaídas em relação aos psicotrópicos aconteceram em inúmeras oportunidades e casos contrários a este são raros, dificilmente um paciente dependente químico consegue em seu primeiro tratamento manter-se “limpo”.

Um segundo dado interessante é correlacionado aos estudos dos adolescentes internados. Estes só mantêm a rotina escolar quando no momento da internação já estão matriculados na instituição de ensino. Entretanto o jovem não se desloca até a escola. Esta fornece o material necessário para os estudos através do chamado tratamento especial, regulamentado pelo Decreto-lei nº1.044, de 21 de outubro de 1969, proporcionando assim a continuidade educacional (BRASIL,1969).

Quando questionado referente a pacientes adolescentes que estão estudando de acordo com o regime previsto no Decreto-lei referido, o médico expôs que, é corrente no momento que ingressam no hospital psiquiátrico já não possuírem o vínculo educacional, sendo assim, permanecem longe dos estudos. Destarte, o nosocômio não dispõe de atividade escolar. Talvez devêssemos olhar para esta questão com mais de atenção. Não nos parece que ficar inerte diante desta situação seja plausível (ou aceitável). A educação é de extrema importância na formação do caráter e da personalidade de um ser humano, através dela se faz o desenvolvimento do seu ser, o seu preparo para o exercício da cidadania, a sua qualificação para o trabalho, etc. (SILVA, 2016, p. 316).

Um outro ponto importante destacado pelo médico-terapeuta se faz no tocante à família que deposita no hospital a esperança de que o jovem ao ser internado possa ser salvo de si mesmo. Para muitas famílias o hospital é a única saída para livrar o ente da dependência química. A adicção é requisito para que o nosocômio possa receber este indivíduo, porém, o médico narra

que a prevalência é de jovens que, além da dependência química, apresentam algum tipo de transtorno mental e o cometimento de ato infracional. Diante desta problemática, existe uma estrutura familiar fragilizada, somada ao aspecto do enclausuramento no ambiente hospitalar, que ligado ao desenho arquitetônico do hospital – similar ao de uma penitenciária – , conta ainda com um rito diário de tarefas a serem cumpridas em horários previamente estabelecidos. Desta forma, o ambiente não remete a sensação de lar e é nessa importante fase, que se esculpe a personalidade do jovem, perpetuada na vida adulta.

Devido a essa personalidade em desenvolvimento, esses jovens são impulsivos, as emoções estão à flor da pele, e preocupado com essa questão, o médico relata que tudo é pensado visando a integridade física e a vida deste interno, que dispõe de elevada propensão ao suicídio, ao *bullying* e a prática de atos sexuais entre eles. Os leitos são planejados a dificultar este tipo de conduta. São duas camas afixadas no piso, janela no topo da parede circundada por uma grade e um tela, visando a segurança em relação a entrada de material ilícito bem como dificultando que se faça possível pendurar-se na mesma. A luminária é embutida no teto, com o mesmo intuito inibitório, dificultar o dependurar-se. Além disso, as portas dos quartos se mantêm fechadas por um dispositivo magnético, entretanto, nelas há um retângulo que permite a vigilância comportamental dos adolescentes, justamente com o propósito de evitar atos tais como os mencionados anteriormente.

Na ala dos acometidos por transtorno mental grave ou agudo, existem dois tipos de internos, os pacientes asilares, que são sobreviventes do modelo hospitalar existente noutro tempo, conhecido por manicômio e hospício (depósito de indesejados). Estes são pacientes que foram esquecidos pelos familiares na unidade hospitalar localizada na região metropolitana de Curitiba, alguns há mais de vinte anos, e mesmo dotados de autonomia e aptos a viverem extra-muros, ou seja, a desospitalização, ainda permanecem vivendo internados devido a omissão do poder público em cumprir com a construção de Residências Terapêuticas.

O médico psiquiatra expôs que fizera alguns esforços referentes a esta questão, tal como uma parceria com uma casa de repouso. Contudo, sem êxito, pois é de responsabilidade governamental a tutela destes pacientes, houve então a intervenção do Ministério Público. Destes nove asilares, apenas um não teria o privilégio de receber alta e é também um dos únicos que tem parente consanguíneo conhecido. Trata-se de sua mãe, que sofre de transtorno mental e possui baixa renda, ficando assim inviável o desinternamento deste paciente. Segundo o médico, dificilmente ele alcançará a alta, pois trata-se de estado gravíssimo, que demanda cuidados extremos e sem perspectivas de melhora. Ainda nesta ala, há outro grupo que sofre assim como os asilares, do transtorno mental grave ou agudo. Estes pacientes também cumprem uma rotina diária no hospital, tais como, a higiene pessoal ao despertar, a ceia matinal e o rito dos remédios, a rotina básica. Em determinados horários, forma-se uma fila para que os remédios sejam ingeridos. A possível docilidade e passividade dos pacientes talvez advenha dos efeitos que estes psicofármacos causam no organismo do indivíduo, uma espécie de corpos em transe. Não existe algo nas dependências do estabelecimento que motive ou desperte o prazer intelectual, com exceção da sala lúdica.

É comum, segundo o médico, que a família se mantenha relutante em relação a receber novamente esse ente em seu núcleo familiar, geralmente não querem o ônus de cuidar de um doente, em sua maioria, são famílias possuidoras de renda baixa e desestruturadas. Esse contexto aumenta em escala as condições desfavoráveis de retorno deste sujeito ao ambiente familiar. Com visão aparentemente de cunho pessoal, o psiquiatra parece reunir todos os esforços possíveis para que haja a inserção da família no seio hospitalar, com intuito de que a doença se torne mais fácil de ser compreendida e conseqüentemente seu tratamento. Esse resgate da família, da sociedade em consonância com políticas públicas também é previsto na Lei 10.216/2001, no seu art. 2º, II, parágrafo único, e art. 3º (BRASIL, 2001), assim sendo um ponto positivo na humanização e preocupação do bem-estar desses pacientes. A equipe médica se organiza acerca de despertar na família o

interesse em entender a doença e as orientam com a intenção de mostrar que é possível este acolhimento e que este é o melhor caminho na recuperação do paciente após sua alta. Todos esses esforços são grandes em relação a esta questão pois, de acordo com o médico, este é um trabalho conjunto, que abrange desde as terapias juntamente com as medicações, com seu fim na família que será a guardiã deste indivíduo após sua desinternação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fomos capazes de entender e vivenciar, através da visão do entrevistado e da visita ao hospital, que a Lei Antimanicomial possibilitou um melhor tratamento ao portador de doença mental desde a sua promulgação. É de se pesar ainda inúmeros aspectos, conforme elencados pelo médico, como o apressado desmantelamento do aparato manicomial, a falta de recursos para o melhor desenvolvimento das atividades que realizam, a importância de se construir um CAPSi e Residências Terapêuticas naquela localidade, maior número de profissionais engajados e comprometidos com o tratamento humanizado dos pacientes... É de extremo valor citar a falta de um ambiente que possibilite a abertura para a subjetivação desses indivíduos. A possibilidade de se estabelecer trocas se apresenta insuficiente pela complexidade de seus transtornos.

Uma nova compreensão só é possível levando-se em conta a participação efetiva do sujeito no projeto terapêutico, na sua reorganização e ressignificação em todos os aspectos da sua vida, enfocando a cidadania como ponto fulcral. Compactuamos com DALMOLIN quando a autora assenta que a compreensão de saúde mental e de políticas públicas necessariamente “deveriam passar pela inclusão social, pelo engajamento de diferentes atores, por novas ofertas de atenção rompendo o percurso da cronificação, exclusão e abandono vivido pelos sujeitos adoecidos mentalmente” (DALMOLIN, p. 25).

A perspectiva de um tratamento humanizado busca alternativas que vislumbrem a participação do próprio indivíduo na construção do seu projeto terapêutico, almejando sua reintegração com a sociedade. A humanização se

associa de forma assertiva com o cerne da proposta da Reforma, contudo, não pode ser banalizada.

Incontestavelmente, a história nos mostrou expressivas melhorias no tratamento das pessoas em sofrimento psíquico (ALMEIDA, p. 31). É perceptível que a forma de se perceber a loucura, desde sua conceituação, fora objeto de atrocidades. Estes entes, por tantas vezes marginalizados pela pobreza e “loucura”, invisíveis, segregados, despojados de sua identidade, depositados em manicômios, enclausurados, abandonados, nos faz pensar que, devido a essa forma “menos desumana” de tratar o portador de doença mental, vivemos em tempos privilegiados. Acreditamos não ser esse entendimento verdadeiro, e desejamos que este período funesto do contexto áureo do alienismo não se perpetue mais. Nas palavras de Basaglia, quando citado por AMARANTE, o autor nos comunica que: “[...] mesmo quando ‘maquiado’, o hospital psiquiátrico permanece como ‘gaiola de ouro’, onde não há cidadania, liberdade e autonomia” (BASAGLIA, 2005 apud AMARANTE, p. 108). Portanto, a compreensão de que o lugar social da loucura ainda se encontra geograficamente situado na figura do hospital psiquiátrico, devemos tentar repensar seus conceitos e pré-conceitos a fim de acolher e cuidar verdadeiramente o sujeito em sofrimento psíquico. A sua inclusão na vida social através do trabalho, do estudo, lazer, esporte e cultura são também primordiais para que não se objetifique ou coisifique o sujeito em sua experiência humana.

Referências

ALMEIDA, R. de. **Ordem Psiquiátrica e Direito**: a reforma legislativa de 2001 como um novo paradigma jurídico em política pública de saúde mental. 2013. 39 fls. Monografia (Pós-Graduação em Sociologia Política). Departamento de Ciências Humanas, Letras e Artes. Universidade Federal do Paraná. Curitiba.

AMARANTE. P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ABREU JÚNIOR, L. M.; CARVALHO, E. V. **O Discurso Médico-Higienista no Brasil no Início do Século XX**. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 10 n. 3, p. 427-451, nov.2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v10n3/a05v10n3.pdf>>. Acesso em 05 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>. Acesso em 16 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 615, de 15 de abril de 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0615_15_04_2013.html>. Acesso em 16 set. 2017.

DAMAS, F. B. **Saúde Mental no Sistema Prisional**: as prisões catarinenses na perspectiva da saúde coletiva. 2011. 260 fls. Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

DALMOLIN, B. M. **Esperança Equilibrada**: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**: nascimento da prisão. 42. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

FOUCAULT, M. **O Poder Psiquiátrico**: curso dado no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006.

GENTIL, V. **A Ética e os Custos da “Reforma Psiquiátrica”**. Disponível em: < <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/download/80888/84515> >. Acesso em 16 set. 2017.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1974.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/pr/piraquara/panorama>>. Acesso em 16 set. 2017.

SILVA, J. A. da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 39. ed., rev. e atual. São Paulo: Malheiros, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **The World Health Report 2001: mental health – new understanding, new hope**. Genova: WHO, 2001.

PARANÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Paraná. CAPS habilitados. Disponível em:
<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/SPP_Arquivos/SaudeMental/saude_mental_CAPS.pdf>. Acesso em 16 set. 2017.

VENTURINI, E. **A Linha Curva**: o espaço e o tempo da desinstitucionalização. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.