



Universidade Federal de São Paulo

Campus Baixada Santista

Programa de Pós Graduação Ensino em Ciências da Saúde

TACIANNA BANDIM PEDROSA

**UMA REDE PRÁ CHAMAR DE MINHA:**

**A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL E SUAS INTERFACES COM A REDE  
DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.**



SANTOS

2014

TACIANNA BANDIM PEDROSA

**UMA REDE PRÁ CHAMAR DE MINHA:  
A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL E SUAS INTERFACES COM A REDE  
DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde da Universidade Federal de São Paulo, *Campus* Baixada Santista, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde, sob orientação da Prof.<sup>a</sup>. Dra. Maria Inês Badaró Moreira.

SANTOS

2014

P372r

Pedrosa, Tacianna Bandim, 1981.

Uma rede prá chamar de minha: a judicialização da saúde mental e sua interface com a rede de atenção psicossocial. / Tacianna Bandim Pedrosa ; Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Inês Badaró Moreira. – Santos, 2014.

131 f.: il. 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista, Programa de Pós-graduação em Ensino em Ciências da Saúde, 2014.

1. Rede de atenção psicossocial. 2. Serviços de saúde mental. 3. Direitos humanos. 4. Justiça Social. I. Moreira, Maria Inês Badaró, Orientadora. II. Título.

CDD M610.7

TACIANNA BANDIM PEDROSA

UMA REDE PRÁ CHAMAR DE MINHA:

A Judicialização da Saúde Mental e suas interfaces com a Rede de Atenção Psicossocial.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde da Universidade Federal de São Paulo, *Campus* Baixada Santista, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde. Área de concentração: Educação em Saúde na Comunidade.

Aprovação: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Inês Badaró Moreira  
Universidade Federal de São Paulo

---

Prof. Dr. Silvio Yasui  
Universidade Estadual Paulista

---

Prof. Dr. Fernando Sfair Kinker  
Universidade Federal de São Paulo

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eunice Nakamura  
Universidade Federal de São Paulo

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Fernanda de Magalhães Dias Frinhani  
Universidade Católica de Santos

*Para meus pais: Léo e Lena, meus pilares e meus investidores de afeto.*

*Para vovó Carmelita (in memoriam \*1922 – 2014)*

## ‘AGRADECIDA’

Aos meus pais  
Painho e mainha  
Assim não os chamo mais  
Ainda assim eu agradeço  
Tanto investimento e apreço

Ao restante da família  
Tá aqui o resultado  
De tanto ter me ausentado  
E ter o tempo sugado  
Ora, mas não fiquem assim  
Que seja Pedrosa ou Bandim  
Ambos tenho amado.  
E muito torceram por mim.

Aos queridos usuários  
Da saúde de São Vicente  
Obrigada por me fazerem  
Observar melhor toda gente  
Agora agradeço premente  
E abro esta janela  
Valeu Boto, Beta e Donzela!  
Aqui a gratidão impera.

Aos colegas de trabalho  
Minha eterna gratidão  
Agradeço quem mais de perto,  
Ajudou-me de montão  
Ivana, Rose, Eva e Fê  
Paty e Thali um abraço  
E com muito afeto e coragem  
Agradeço também a enfermagem!

Bora lá logo meu povo  
Cheguei no trabalho novo  
E fiquei agradecida  
Às artimanhas da vida  
Agradeço ao sol e a lua  
Conhecer a galera do ‘Pop rua’

Ó mái gódi  
Cumó é qui podi  
Essa pedra no meu caminho  
Só pude estudar tudinho  
Daquele estrangeirado  
Ah se não fosse Rosilda  
Prá no inglês eu ter passado!

Agora deixo bem claro  
Sem eles não haveria trabalho

Professores do MP  
Igual vocês, quero 'vê'!  
Foi muita provocação  
Prá sair a dissertação

Outra galera feliz  
que por aqui passou  
foi o povo lá da USP  
que comigo cursou  
a nobre optativa  
de Saúde Mental e coletiva  
agradeço a vosmicês  
e também ao Alberto Reis

Agora com um pão de queijo  
À minha orientadora um beijo  
Que com muita emoção  
Me guiou neste turbilhão  
A você Maria Inês  
E sua maneira mineira  
Minha admiração

Outro que aqui destaco  
É um que confia em seu taco  
Pois na qualificação,  
ajudou-me de montão  
ao Fernando Kinker dedico  
este meu não pagar mico

É o que assim espero  
pois vem aí a proeza  
da defesa que com esmero  
desejo sem moleza.

Agora chegou a vez,  
De falar do japonês  
Que logo sem ui ui ui  
E foi ele, o Yasui  
Que aceitou vir do sertão  
Ouvir falar da rede deste 'marzão'

Aos amigos do MP

Falar o quê?

Não sei não!

Destaco uma turminha

Pra guardar no coração

Aos amigos tão queridos

Vão se lá anos idos

Harete, não se avexe!

Ivone, não se impressione

Vocês estão aqui

Não esqueci

Só não tem botão curtir!

Aos amigos 'véios' de guerra

Não podia faltar, pudera

Aquele 'xêro' com bis

Prá minha galera de Assis!

À companheira de casa  
Que comigo enlouqueceu  
Mas me deixou na parede  
Da sala, pôr uma rede  
Por estas e outras Letícia  
Agradeço esta delícia.

Ao Rodrigo, vulgo Pinga  
Que não me deixou à mímica.  
Quando o assunto era a língua.

O português educado  
A você foi reservado.  
E o resumo do inglês  
Vai lá, é sua vez!

Também não podia faltar  
Mais um agradecimento  
Daquela galera que é artista  
Inda por cima santista

Por dar voz aos pacientes  
Tirando o rótulo de doente  
Priscila, Rosane e Jorge Lampa  
Com suas vozes, fina estampa  
Garantindo a sonora farra  
Obrigada Wagner Parra!

Ao menino Dino  
Obrigada pela estrada  
Acompanhou minha trajetória  
Saiba que nesta história  
Vosmicê foi uma parte  
Importante no processo  
Ajudou-me em excesso  
E brindou-nos com a arte  
Das imagens e do sucesso  
  
Agora minha vizinha  
Deixou-nos este ano  
Também a você agradeço  
A minha bonequinha de pano  
E numa lágrima quente eu tropeço  
Encerrando este processo.

*“Chegaram lá, com um processo, e depois disseram: olhe, escreveram aqui pra você, o promotor de justiça, escreveram aqui pra você, que você é doente da cabeça! Você, você é doente da cabeça. Aí eu não dei nem atenção, porque eu não sei quem não é...” BETA.*

## RESUMO

Esta pesquisa revela as Redes de Saúde Mental de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III), de São Vicente, na Baixada Santista, a partir do olhar de usuários judicializados. Mapeamos como foi constituída a rede de cada um destes sujeitos no momento em que as instâncias Ministério Público (MP) e/ou Poder Judiciário (PJ) foram acionadas. Objetivamos conhecer e analisar as diversas redes de usuários de um CAPS III, para além da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) instituída: identificando o perfil dos sujeitos atendidos; mapeando a rede afetiva, a rede de apoio e a RAPS instituída. Seguiu-se um desenho de pesquisa qualitativa com observação participante e entrevistas semiestruturadas com usuários que estavam em hospitalidade integral (HI) no CAPS III e que foram citados pelo MP/PJ nos anos de 2011/2012, além da análise de prontuários destes sujeitos. Os dados foram analisados através da análise de conteúdo de Bardin. Resultados: 191 usuários atendidos em HI em 2011/2012, dentre estes, 12 foram citados pelo MP ou PJ, 6 permanecem no CAPS III, ou na RAPS do município; 7 homens e 5 mulheres; 30 foram encaminhados ao PAI (Polo de Atenção Intensiva) durante a HI. Prevalece entre os homens o uso abusivo de psicoativos. Foram encontrados 30 ofícios de resposta ao MP e 11 ao PJ. As informações dos sujeitos nos prontuários são básicas. 6,2% dos sujeitos em HI foram citados pelo MP ou PJ. Conclusões: As entrevistas sugerem fragilidades na RAPS como falta de equipamentos e articulações, além de apontarem para as questões clínicas que, dada à complexidade dos casos, escapam do campo da saúde e avançam para o campo jurídico. A rede afetiva é apontada como composta por membros da família, profissionais do CAPS e de outros equipamentos intersetoriais. O projeto terapêutico individual e o profissional de referência em alguns casos são inexistentes. Houve um desinvestimento no número de profissionais se comparado à atualidade, com o momento da inauguração do serviço (após intervenção na Casa de Saúde Anchieta). Na Atenção à crise prepondera o olhar médico-centrado, tendo como resposta principal a medicalização. Faltam dispositivos de acolhimento à urgência e emergência na RAPS, gerando um conflito entre o campo do direito à saúde mental e às peculiaridades subjetivas de cada caso. É apontada como urgente: a retomada da noção de Atenção Psicossocial pertinente ao dispositivo CAPS; a prática de dialogar com os órgãos intersetoriais da RAPS, como os mecanismos de justiça; a responsabilização pela atenção à crise no CAPS III, inserindo demais parceiros intersetoriais.

**Palavras-chave:** Rede de Atenção Psicossocial, Serviços de Saúde Mental; Direitos Humanos, Justiça.

## ABSTRACT

**Introduction:** This research reveals the Mental Health Networks of users of a Psychosocial Attention Center III (CAPS III) of São Vicente, in Santos, from the look of judicialized users. We have mapped how the network of each one of these subjects was constituted at the time when the Public Prosecutor's Office (MP) and/or the Judiciary (PJ) had acted. We aim to meet and analyze the various users' networks of a CAPS III, in addition to the established Psychosocial Care Network (RAPS): identifying the tended subjects profiles; mapping the affective network, the support network and the established RAPS. This was followed by a draft of qualitative research with participant observation and semi-structured interviews with users who were in full hospitality (HI) in CAPS III and that were quoted by the MP/PJ in 2011/2012, in addition to medical records analysis of these subjects. Data were analyzed via Bardin content analysis. Results: 191 users tended in HI in 2011/2012, among these, 12 were quoted by the MP or PJ, 6 remain in CAPS III, or in the municipality RAPS; 7 men and 5 women; 30 were routed to PAI (Intensive Care Center) during the HI. Prevails among men the abusive use of psychoactives. Were found 30 response official letters to the MP and 11 to PJ. The information of the subjects on the records are basic. 6.2% of the subjects in HI were quoted by MP or PJ. Conclusions: The interviews suggest weaknesses in the RAPS as lack of equipment and links, as well as pointing to clinical issues that, given the complexity of the cases, escape the health field and advance to the legal field. The affective network is pointed out as consisting of family members, professionals in CAPS and other cross sector equipment. Individual therapeutic project and reference professional in some cases are nonexistent. There has been a disinvestment in the number of professionals if compared to the present, by the moment of the service opening (after intervention at the Casa de Saúde Anchieta). In Attention to the crisis overcomes the medical-centered thinking, having as main response the medicalization. It is lacking sheltering devices for urgency and emergency in RAPS, creating a conflict between the field of mental health law and the subjective peculiarities of each case. It is pointed out as urgency: the resumption of the concept of psychosocial care relevant to CAPS device; the practice of dialogue with the cross sector departments of RAPS, as justice mechanisms; accountability for the attention to the crisis in CAPS III, inserting other cross sector partners.

**Keywords:** Psychosocial Care Network, Mental Health Services, Human Rights, Justice.

## ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ASM</b>	Ambulatório de Saúde Mental
<b>CAPS AD</b>	Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas
<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CID</b>	Classificação Internacional de Doenças
<b>CREAS Pop de Rua.</b>	Centro de Referência Especializado em Assistência Social para População de Rua.
<b>CREAS</b>	Centro de Referência Especializado em Assistência Social
<b>CREI</b>	Centro de Referência em Emergência e Internação <sup>1</sup>
<b>DAE</b>	Departamento de Atenção Especializada
<b>DAHUE</b>	Departamento de Atenção Hospitalar à Urgência e Emergência
<b>DRS</b>	Direção Regional de Saúde
<b>HD</b>	Hospitalidade Dia
<b>HI</b>	Hospitalidade Integral
<b>HMSV</b>	Hospital Municipal de São Vicente
<b>HP</b>	Hospital Psiquiátrico
<b>IPI</b>	Internações Psiquiátricas Involuntárias
<b>IPV</b>	Internação Psiquiátrica Voluntária
<b>MNLA</b>	Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
<b>MP</b>	Ministério Público
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NAPS</b>	Núcleo de Atenção Psicossocial

---

<sup>1</sup> Antigo nome atribuído ao então, hoje denominado Hospital Municipal de São Vicente.

<b>OS</b>	Organização Social
<b>PAI</b>	Polo de Atenção Intensiva
<b>PJ</b>	Poder Judiciário
<b>PNA</b>	Política Nacional Antidrogas
<b>RAPS</b>	Rede de Atenção Psicossocial
<b>RPB</b>	Reforma Psiquiátrica Brasileira
<b>SAMU</b>	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
<b>SENAD</b>	Secretaria Nacional Antidrogas
<b>SENAD</b>	Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas
<b>SRT</b>	Serviço Residencial Terapêutico
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TAC</b>	Termo de Ajustamento de Conduta
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>TCLU</b>	Termo de Consentimento de Utilização de Base de Dados
<b>UNESP</b>	Universidade Estadual Paulista
<b>UNICAMP</b>	Universidade Estadual de Campinas
<b>UNIFESP</b>	Universidade Federal de São Paulo

# SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>18</b>
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>21</b>
1.1. Um pouco de uma louca história.....	21
1.2. A Saúde Mental No SUS - Esfera federal: .....	25
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>33</b>
2.1. Objetivo Geral .....	33
2.2. Objetivos Específicos.....	33
<b>3. MÉTODO.....</b>	<b>34</b>
3.1. Procedimentos:.....	34
3.1.2. <i>Sujeitos</i> .....	35
3.1.3. <i>Instrumentos</i> .....	36
3.1.4. <i>Análise dos dados</i> .....	36
3.1.5. <i>Aspectos éticos</i> .....	37
<b>4. PRODUÇÃO DA INFORMAÇÃO .....</b>	<b>38</b>
4.1. A angústia da pesquisa.....	38
4.1.1. <i>O Território</i> .....	39
4.1.2. <i>O CAPS da Rua Padre Anchieta: 20 Anos de cuidado em liberdade?</i> .....	40
4.1.3. <i>O cenário interno hoje: limites da estrutura física.</i> .....	42
4.1.4. <i>Os participantes:</i> .....	44
4.1.5. <i>As Foto-narrativas:</i> .....	45
<b>5. ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES.....</b>	<b>64</b>
5.1. Os prontuários revelam... ..	64
5.2. Análise das entrevistas: Caiu na Rede é louco?.....	71
5.2.1. <i>O lugar da instituição</i> .....	72
5.2.2. <i>O lugar do técnico</i> .....	80
5.2.3. <i>O lugar das instituições jurídicas:</i> .....	84
5.3. <i>Álcool e outras drogas, diálogos à parte, dentro da mesma parte:</i> .....	89
<b>6. UMA REDE PARA O CUIDADO É POSSÍVEL? .....</b>	<b>94</b>
6.1. As redes de saúde mental.....	94
6.1.2. <i>O núcleo afetivo</i> .....	95
6.1.3. <i>A Rede de Atenção Psicossocial</i> .....	98
<b>7. CONCLUSÃO... (OU ARRASTÃO?) .....</b>	<b>104</b>

<b>8. PRODUTOS.....</b>	<b>106</b>
<b>8.1. Produto 1: Relatório técnico de reunião com juíza e apontamentos de ações intersetoriais possíveis com a justiça. ....</b>	<b>106</b>
<b>8.2. Produto 2: A história do serviço em formato de cordel. ....</b>	<b>108</b>
<b>8.3. Produto 3: Vídeo sobre as Redes – “Uma rede pra chamar de minha”. ....</b>	<b>108</b>
<b>8.4. Produto 4: Seminário sobre as redes de saúde mental e a inserção dos mecanismos de justiça compondo a intersectorialidade. ....</b>	<b>108</b>
<b>9. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>111</b>
<b>10. APÊNDICES.....</b>	<b>117</b>
<b>11. ANEXOS .....</b>	<b>123</b>

## APRESENTAÇÃO

Descreveremos a seguir a trajetória da pesquisadora até chegar à pergunta que originou esta pesquisa. Ao adentrar no curso de psicologia da Universidade Estadual Paulista (UNESP), campus de Assis, no ano de 2001, e tendo como ideia original atuar na área da educação, ou psicologia da educação, deparei-me com fatos, acontecimentos que estavam fervilhando e disparando discussões na universidade, no campo das políticas públicas, voltados aos sujeitos com intenso sofrimento psíquico. Um destes temas, o qual mais chamou a atenção da pesquisadora, era a então promulgação da famigerada Lei 10.216/01 e as implicações que a mesma levantava em torno do modo de tratar/conceber o conceito de loucura e, mais do que isto, estava em discussão os modos de tratar/cuidar o sofrimento psíquico de forma extra-hospitalar.

A partir desta curiosidade, foi possível fazer a escolha por realizar estágio num Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e enxergar de perto que modelo era este que pretendia trabalhar na lógica da inclusão e da reabilitação psicossocial e ainda, num movimento contra-hegemônico, estabelecendo outra relação com os ditos pacientes, oferecendo um cuidado partilhado em equipe e não mais centrado num modelo médico-hospitalocêntrico. Eis aí um grande desafio que se apresentava e que o frescor da vida universitária permitia enxergar apenas uma pequena ponta do *iceberg*. Era bonito pensar desta forma e as dificuldades, mazelas e também as potências, foram sendo aos poucos desveladas.

Após dois anos de estágio e um ano de aprimoramento em Saúde Pública e Saúde Coletiva, surgiu a oportunidade de trabalhar como psicóloga num ambulatório de saúde mental por um ano e meio, atuando também na gerência do serviço, numa grande cidade do interior paulista e depois, já na Baixada Santista, num CAPS II infantil, CAPS II Adulto e atualmente num CAPS III. Neste último, na função de responsável técnica da unidade.

O desejo de pesquisar o tema dos processos de judicialização dos usuários da Rede de Atenção Psicossocial nasce, não por acaso, do fato de ter encontrado ressonâncias na curiosidade já instalada acerca dos variados ofícios do Ministério Público (MP) e do Poder Judiciário (PJ), recebidos pelo serviço. Às vezes com pedidos que fogem à própria capacidade do equipamento em dar respostas, como explicitar, por exemplo, o regime de atenção pelo qual se consiga a cura de um sujeito em sofrimento psíquico, inclusive com tempo delimitado para tal.

Durante o ano de 2011, entre os meses de fevereiro e dezembro, duas instituições de ensino superior, a saber, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), desenvolveram o curso: Avaliação e Monitoramento dos CAPS III do Estado de São Paulo, (já mencionado na apresentação), com caráter de promover a avaliação participativa dos CAPS III do Estado. Participaram deste curso representantes dos trabalhadores de nível superior dos CAPS e seus respectivos gerentes, sendo dois funcionários de cada CAPS III.

Ao longo do curso, foi referido pelos gestores dos serviços, um indicativo de aumento de casos de usuários da rede de saúde mental em processo de judicialização. Neste curso, a fala dos gerentes das unidades chamou atenção porque eram muito próximas da realidade do serviço em que atuávamos. Todos se queixavam, por exemplo, da quantidade de processos recebidos das instâncias MP e PJ acerca de casos bastante complexos. Surgiu então esta questão ainda incipiente, que veio à tona despertando o desejo de retomar os estudos para o mestrado. Nasce então a pergunta: qual a resposta da Rede de Atenção Psicossocial do município aos complexos casos que passam pela via da judicialização?

Esta pesquisa pretende revelar de que maneira a Rede de Atenção Psicossocial existente em São Vicente responde à sua interface com a justiça e, a partir do olhar dos usuários, quais seriam as suas redes de apoio e afetivas. Para tanto, observará também, através da análise de conteúdo, estas redes. Escolhemos o recorte focado nos usuários que passaram pela hospitalidade integral (termo utilizado no CAPS III para indicar que um usuário está sob o cuidado integral do CAPS, manhã, tarde e noite) do CAPS III do município e que responderam entre 2011 e 2102 a algum tipo de processo referente ao Ministério Público, ou Poder Judiciário. Esta escolha sustenta a hipótese de que, devido aos recursos insuficientes na Rede de Atenção Psicossocial, há um aumento de casos de pessoas com transtornos mentais encaminhados às instâncias ligadas à justiça.

A introdução deste trabalho tratará de contextualizar as diversas concepções da loucura, passando pelos movimentos de Reforma Psiquiátrica, o modelo do Sistema Único de Saúde (SUS) para o tratamento do transtorno mental hoje no Brasil, o modelo do Sistema Judiciário brasileiro e as implicações para o cuidado em rede ao sujeito em sofrimento psíquico, ou transtorno mental, em meio aberto e as diversas formas “inventadas” de tutela.

Em seguida, serão descritos os objetivos geral e específico. No capítulo 3, a metodologia descreve o caminho que foi percorrido. No capítulo 4, discorreremos sobre a

produção da informação, mais especificamente o resgate histórico do serviço e a apresentação dos sujeitos até chegar ao capítulo 5, a análise das informações, através da análise das entrevistas. No capítulo 6, problematizaremos as redes de saúde mental apontadas pelos usuários. Já no capítulo 7, breve conclusão, ou arrastão... até chegar no capítulo 8, onde exporemos os produtos do Mestrado Profissional exigidos pelo programa.

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1. Um pouco de uma louca história.

*Fechado no navio, de onde não se escapa, o louco é entregue ao rio de mil braços, ao mar de mil caminhos, a essa grande incerteza exterior a tudo. É um prisioneiro no meio da mais livre, da mais aberta das estradas: solidamente acorrentado à infinita encruzilhada. É o Passageiro por excelência, isto é, o prisioneiro da passagem. E a terra à qual aportará não é conhecida, assim como não se sabe, quando desembarca, de que terra vem. (FOUCAULT, 1978 p.16,17).*

*Aquele carro parara na linha de resguardo, desde a véspera, tinha vindo com o expresso do Rio, e estava lá, no desvio de dentro, na esplanada da estação. Não era um vagão comum de passageiros, de primeira, só que mais vistoso, todo novo. A gente reparando, notava as diferenças. Assim repartido em dois, num dos cômodos as janelas sendo de grades, feito as de cadeia, para os presos. A gente sabia que, com pouco, ele ia rodar de volta, atrelado ao expresso daí de baixo, fazendo parte da composição. Ia servir pra levar duas mulheres, para longe, para sempre. O trem do sertão passava às 12h45m. (ROSA, J. G. 1988, p. 18).*

As epígrafes acima servem para ilustrar um pouco do imaginário que a temática da loucura assume no decorrer do tempo. No primeiro trecho, Foucault, filósofo francês, relata o destino dos loucos no final da idade média e início do renascimento, quando eram colocados na então denominada nau dos insensatos e abandonados à própria sorte nos mares da Europa. Já no segundo trecho, e após a evolução histórica do conceito de loucura, agora então concebido como doença, junto ao advento do nascimento do hospital, João Guimarães Rosa, literato brasileiro, descreve em seu conto “Sorôco, sua mãe, sua filha”, uma despedida de um familiar que veria mãe e filha, ambas loucas, partir para ‘tratamento’.

Foucault descreve a ocupação dos grandes hospitais pelos então excluídos do século: os leprosos. No período da alta idade média, até o período das cruzadas (Século V ao século XI), a lepra se dissemina e a solução para este mal é o isolamento dos doentes nos grandes hospitais. No final da idade média, no entanto, o esvaziamento destes hospitais após a remissão da enfermidade permite a nova ocupação por novos doentes, desta vez, os acometidos de doença venérea. Esta ocupação, porém, não se deu de forma aleatória, tanto a lepra quanto as doenças venéreas trazem em seu cerne um conjunto de juízos morais demarcados pela grande influência da Igreja no período. (FOUCAULT, 1978)

Durante o renascimento, surge a mítica figura da Nau dos loucos, mesclando peregrinação e prisão como destinos atribuídos aos loucos, mais uma vez, esta forma de agir e pensar estão arraigadas aos valores morais que circundam a época:

Esse costume era frequente particularmente na Alemanha: em Nuremberg, durante a primeira metade do século XV, registrou-se a presença de 62 loucos, 31 dos quais foram escorraçados. Nos cinquenta anos que se seguiram, têm-se vestígios ainda de 21 partidas obrigatórias, tratando-se aqui apenas de loucos detidos pelas autoridades municipais. (FOUCAULT, 1978, p.13).

Os registros apontam no relato acima que as partidas obrigatórias nas naus tratavam-se apenas de “loucos detidos pelas autoridades municipais”, o que nos faz pensar, ou ao menos questionar, que tanto no século XV, como no século XXI, o poder público ainda não foi capaz de criar dispositivos de atenção ao advento da loucura, principalmente no que diz respeito ao louco infrator. Vide como exemplo os hospitais de custódia que tratam apenas de excluir, ou retirar das vistas da sociedade aquilo que é entendido como desvio à norma. Seria já no século XV o início da dita judicialização dos dias atuais?

Atualmente sabe-se que a loucura não é uma invariável ao longo dos séculos, mas que se transforma e assume sentidos diversos em função do momento histórico em que se situa. No Brasil a construção histórica acerca da loucura não difere da dos demais países europeus, ou seja, também está marcada por preconceito, maus tratos, exclusão e segregação, marcas do discurso eugênico. A história da psiquiatria no Brasil nasce arraigada fortemente à ideia de eugenia. Na segunda metade do século XIX, não havia ainda assistência médica específica para os ditos doentes mentais então, em 1830, um grupo de médicos higienistas solicita ao governo a construção de um hospício. Até então, os doentes mentais ou eram presos, ou ficavam em celas especiais nas Santas Casas de Misericórdia, onde a assistência a estas pessoas também era vinculada à religiosidade imposta por estas instituições. (COSTA, 1989).

O pensamento eugênico ganha propulsão com a fundação da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), transformando o biologismo num dogma, evidenciando o conformismo aos preconceitos da época. (COSTA, 1989). Tal pensamento era baseado na Psiquiatria Organicista Alemã e seu Sistema de Interpretação Biologizante. Para entender melhor o que isto significa, vejamos a justificativa dos intelectuais àquela época, para as revoltas sociais e as crises que assolavam a República nas três primeiras décadas do século XX: “O brasileiro não tinha podido promover o desenvolvimento harmônico do país, porque o

calor e a mistura com *raças inferiores* tinham-no tornado preguiçoso, ocioso, indisciplinado e pouco inteligente”. (COSTA, 1989, p. 82, Grifos do autor).

A partir das décadas de 80 e 90, no Brasil, evidenciam-se, com a organização dos trabalhadores de saúde mental, tentativas de transformação da assistência e um enfrentamento da psiquiatria burocrática iniciando-se o movimento pela Reforma Psiquiátrica. Para Amarante, o princípio básico da Reforma Psiquiátrica, ou da Luta Antimanicomial, é a ruptura com a tradição científica citada nos parágrafos anteriores, primeiramente, por romper com o processo de objetivação da loucura e depois, por romper com o processo de patologização dos comportamentos humanos, baseados em pressupostos de normalidade construídos historicamente. (AMARANTE, 1999).

A Reforma Psiquiátrica e o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), iniciado em 1987, são movimentos que têm como foco a desconstrução do saber médico sobre a loucura, ao mesmo tempo em que a destitui da condição de doença e a encara como constituinte do ser humano, como posição singular e subjetiva. Pretende além de melhorar a qualidade da assistência, ainda construir novas relações sociais, um outro lugar social para a loucura.

Para entender melhor como se deu o complexo processo de Reforma Psiquiátrica, Amarante sugere o destaque de quatro campos fundamentais, são eles, resumidamente: Campo teórico-conceitual: atenta para as bases teóricas e conceituais que definiram os objetos de conhecimento e em consequência disto definiu também as ferramentas para conhecer e compreender a realidade; Campo técnico-assistencial: abarca principalmente a mudança no conceito de doença, para o conceito de existência-sofrimento; Campo jurídico-político: revisão das diversas legislações e dos conceitos estigmatizantes de loucura. Na prática, isto significa a construção de novas possibilidades de cidadania, trabalho e inserção social. E por fim, o Campo sociocultural, que busca inclusão do louco na sociedade, através da transformação do imaginário social relacionado à loucura. (AMARANTE, 1999).

Tal movimento obteve conquistas em âmbito nacional como, por exemplo, o projeto de lei nº 3.657/89, apresentado pelo deputado Paulo Delgado, que propunha a extinção de hospitais psiquiátricos e que, após mais de uma década tramitando no Congresso Nacional, foi aprovado e sancionado pelo Presidente da República, como a Lei Federal 10.216/01. Esta lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Enquanto esta lei era discutida, cerca de

oito leis Estaduais eram também aprovadas nos Estados do Rio Grande do Sul (1992), Ceará (1993), Pernambuco (1994), Rio Grande do Norte, Minas Gerais, Paraná e Distrito Federal (1995), e Espírito Santo (1996), o que propulsionou o avanço do processo de reforma psiquiátrica no Brasil. (AMARANTE, 2007). Podemos citar ainda a portaria nº336/GM de 2002 que regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), equipamento que descreveremos melhor em seguida.

Como resultado da Reforma Psiquiátrica, e após o sancionamento da Lei 10.216 de 06 de Abril de 2001, são expandidas as práticas alternativas à hospitalização, tais como: serviços ambulatoriais, hospitais-dia, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Estes equipamentos foram criados estrategicamente para compor uma rede capaz de ser substitutiva ao modo Hospitalocêntrico e foram pensados no bojo de um movimento envolvendo trabalhadores da saúde mental, familiares e usuários.

Ainda com relação à Reforma Psiquiátrica, é possível afirmar:

Em suma, as estruturas e os modos de trabalhar nos quais se concretiza o novo sistema de saúde mental nascem não do externo, ao lado e de suporte ao manicômio, mas através da reciclagem, da reconversão e da transformação progressiva das possibilidades financeiras, do pessoal, das competências existentes, dos espaços físicos etc... E é exatamente graças a esta gênese da desmontagem do manicômio que essas estruturas externas conseguem ser, em relação a ele, *inteiramente substitutivas* e a suprimir (substituindo) as práticas preexistentes (ROTELLI, 1990, p. 35, Grifos do autor).

No entanto, o Movimento de Luta Antimanicomial persiste pensando caminhos e fazendo um contraponto aos fios soltos deixados pelo processo de Reforma. Destacamos aqui, de forma inicial, alguns problemas que se apresentam no momento de sancionamento da Lei 10.216/01 e citaremos pelo menos dois deles: segundo Britto, 2004, o artigo 4º da referida lei, estabelece um limite para a ocorrência da internação: só deve ser indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Entretanto, não há uma definição para o que seja insuficiente.

No segundo problema, ressaltamos que apesar do artigo 8º da lei introduzir mais um órgão para fiscalizar as internações psiquiátricas compulsórias e involuntárias como é o caso do Ministério Público (que deve ser comunicado da internação num prazo de 72 horas), a lei em questão não explica porque este comunicado deve ser feito e nem especifica qualquer tipo de punição ao órgão que praticar a internação sem fazer o devido comunicado. Mesmo com a Portaria n.º 2391/GM de 26 de dezembro de 2002, que regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV), ainda assim, não existe a

clareza necessária para regulamentar de fato qual o direito do cidadão com transtorno mental. Há aqui então, uma abertura ao tema da judicialização da saúde mental.

## **1.2. A Saúde Mental No SUS - Esfera federal:**

O Ministério da Saúde brasileiro vem demonstrando grande investimento em equipamentos e formulação de políticas públicas para a área da saúde mental, conforme mostram as publicações ao longo dos anos, de cartilhas e cadernos que abordam esta temática, no intuito de construir diretrizes únicas para a oferta de tratamento aos usuários dos serviços de saúde mental no Brasil. É o caso do manual: “Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial” (2004), que traz informações desde os movimentos de Luta antimanicomial e a reivindicação dos trabalhadores da área por um tratamento digno, até a criação de novos modelos de atenção e o passo a passo elaborado para instruir os municípios na implantação dos CAPS:

Nesse contexto, os serviços de saúde mental surgem em vários municípios do país e vão se consolidando como dispositivos eficazes na diminuição de internações e na mudança do modelo assistencial. Os NAPS/CAPS foram criados oficialmente a partir da Portaria GM 224/92 e eram definidos como “unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de *cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar*, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional” (BRASIL, 2004, p.12, grifos nossos)<sup>2</sup>.

Em consonância com a lógica da criação de mais equipamentos substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, o Ministério da Saúde instituiu a REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS), estabelecida pela PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011, que descreve 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. A RAPS constitui-se de uma série de equipamentos e serviços que prestam assistência em saúde mental aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), ratificando, portanto, uma política de Estado para esta área.

A portaria nº 3.088/11, em seu Artigo 5º estipula ainda: A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes:

---

<sup>2</sup> Notem que a internação hospitalar ainda aparece no texto e o CAPS é apontado como um equipamento de cuidados intermediários entre a internação hospitalar e o regime ambulatorial. Nesta caracterização o CAPS ainda não aparece de fato como substitutivo à internação no momento da crise.

- I - Atenção Básica em Saúde;
- II - Atenção Psicossocial Especializada;
- III - Atenção de Urgência e Emergência;
- IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- V - Atenção Hospitalar;
- VI - Estratégias de Desinstitucionalização; e
- VII - Reabilitação Psicossocial.

A Atenção Psicossocial Especializada cabe aos chamados Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), descrito no Artigo 6º Inciso II, na referida portaria, da seguinte forma:

Centro de Atenção Psicossocial - constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não-intensivo. O trabalho no Centro de Atenção Psicossocial é realizado prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes. O cuidado é desenvolvido através de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família. A ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso (BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, Artigo 6º, Inciso II).

O CAPS é um dispositivo que oferece tratamento às pessoas com transtorno mental de modo territorializado, possuindo um papel central na Rede de Atenção Psicossocial. É referido, na Portaria 336/02, como regulador da porta de entrada nos serviços de saúde mental (Artigo 4º) e podem constituir-se nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II e CAPS III definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional (Artigo 1º). Sendo primordial destacar aqui a descrição sucinta da modalidade III, da qual trata este trabalho.

O CAPS III é definido como um serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com as seguintes características principais que diferem das demais modalidades: Funcionamento 24h, incluindo finais de semana e feriados; acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, e possui no máximo cinco leitos, para eventual repouso e/ou observação.

Quase dez anos após a criação da portaria 336/02 a RAPS é instituída e preconiza ainda os seguintes equipamentos: Serviços Residenciais Terapêuticos, Centros de convivência, Programas de geração e transferência de renda (Como o Programa de Volta pra Casa), Estratégia Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), entre outros, são alguns dos exemplos de instituições e programas voltados ao acolhimento/reabilitação das pessoas em intenso sofrimento psíquico.

### **1.3. Esfera Estadual: o (des)investimento do estado de São Paulo em Saúde Mental:**

O estado de São Paulo é um dos Estados mais ricos do Brasil, no entanto, os investimentos na Rede de Atenção Psicossocial têm avançado timidamente em relação à cobertura do território e não têm demonstrado consonância com a Política de Saúde Mental da esfera Federal. O Estado de São Paulo não convocou a Conferência Estadual de Saúde Mental em 2010 (atividade constitucional e de acordo com a Lei 8.142/90 que rege os princípios da participação popular no SUS), sendo realizada uma Plenária Estadual de Saúde Mental, no município de São Bernardo do Campo, movimento construído pela militância e criou o Ambulatório Médico de Especialidades (AME), com um desenho de atuação fragmentado e baseado no modo Hospitalocêntrico, dentre outras questões.

Podemos citar como políticas de coação contrárias ao preconizado pela Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), as ações de desocupação da Cracolândia (região localizada no centro da cidade de São Paulo, onde há uma grande concentração de usuários de Crack e outras drogas, e pessoas em situação de rua) ocorrida em janeiro de 2012, amplamente divulgada pela mídia. Esta ação pôs novamente os princípios da Reforma Psiquiátrica no centro das discussões, tendo em vista o retrocesso produzido pela ação coercitiva do Estado, dirigida aos usuários de crack e outras drogas, repetindo o gesto de enclausuramento baseado em padrões morais de comportamento.

Outra intervenção do Estado foi a criação, em 2013, do “Cartão-recomeço”, que disponibiliza um cartão à pessoa com transtorno decorrente do uso abusivo de psicoativos, que serve para controlar sua presença na instituição na qual foi admitido para tratamento além de possibilitar o repasse de verba (R\$1.350,00), diretamente às instituições, que segundo o

Governo do Estado de São Paulo, são Comunidades Terapêuticas credenciadas para este fim. Este cartão foi apelidado de ‘Bolsa Crack’<sup>3</sup>.

A aposta no tratamento de dependentes químicos por este tipo de instituição (comumente caracterizada pela proposta de abstinência total e baseada geralmente em dogmas religiosos) fere o princípio laico do Estado Brasileiro, gerando também muitos outros males para as Reformas Sanitária e Psiquiátrica brasileiras. A escolha deste tipo de tratamento corrobora a prática baseada em estudos que privilegiam pesquisas epidemiológicas que se preocupam mais com a causalidade positivista biomédica, ou seja, na relação entre a droga e o usuário da mesma, deixando de considerar o contexto em que ocorre o consumo, uma vez que estes estudos sobressaem-se nas produções científicas. (JORGE et. al., 2013).

O Estado de São Paulo é a unidade da Federação com o maior número de serviços tipo CAPS III, são 27, (BRASIL, Ministério da Saúde, 2012, p. 9), porém é também o Estado que possui o maior número de Hospitais Psiquiátricos ainda em funcionamento, são 54 hospitais, com 10.570 Leitos/SUS, o que corresponde a 13,96 leitos por 10.000 habitantes. (BRASIL, 2012, p.17). Estes dados trazem um panorama da situação da cobertura em saúde mental no Estado e apontam para questionamentos como, por exemplo, do que há disponível, na rede estadual, para o sujeito com transtorno e/ou sofrimento psíquico no âmbito dos serviços.

Observamos estes aspectos referentes à Política Estadual de Saúde Mental no Estado de São Paulo porque a forma de atuação da mesma pode constituir-se em influência no poder de contratualidade dos municípios paulistas junto ao Ministério Público e Poder Judiciário e conseqüentemente, no direcionamento dado às políticas relacionadas à área de Saúde Mental e Direitos Humanos.

---

<sup>3</sup> Informação retirada do Site do GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO: <http://www.saopaulo.sp.gov.br/offline.html?id=228493> e vídeo de conta do Governo de SP no Youtube: <https://www.youtube.com/watch?v=Nn4INwGXRIE>

#### **1.4. Judicialização das ações em saúde mental: aproximação à temática.**

A judicialização da saúde têm sido um tema bastante discutido, embora concentrem-se as pesquisas do tema do louco infrator em cumprimento de medida de segurança. Em pesquisa na base de dados da Scielo, mesclando os descritores saúde mental e judicialização, encontrou-se 1 artigo; com os descritores saúde mental e Ministério Público, 2 artigos que não tratam do assunto saúde mental; quanto aos descritores saúde mental e direitos humanos, são encontrados 20 trabalhos que versam desde casos de loucos infratores até aspectos éticos em pesquisa com humanos, adolescentes em conflito com a lei, dentre outros. Porém, a intersecção entre saúde mental e mecanismos de justiça como atores intersetoriais é ainda pouco explorada.

Também em congressos realizados nos anos de 2013 e 2014, nos quais a pesquisadora participou, foram verificados alguns trabalhos que também apontam uma grande preocupação com o tema saúde mental e judicialização. No congresso da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), realizado na cidade de Manaus em 2014, em uma das rodas de conversa sobre o tema, foram apontados os problemas já citados: pouca produção sobre o assunto, a Defensoria Pública como órgão mais recente no Brasil e necessitando ser mais acessado pelas equipes de saúde mental, o judiciário desacostumado a dialogar e enfim, a urgência da necessidade em tecer estas redes de proteção e cuidado.

Tais questões levantadas acima levam-nos a pensar nos resultados da RPB. Os loucos estão assistidos? Encontram ressonâncias nos equipamentos substitutivos ao manicômio? Estão inseridos em alguma instituição e por qual motivo? Esta população conhece os Centros de Atenção Psicossocial? Porque tantos casos têm chegado ao Ministério Público e Poder Judiciário mesmo antes de chegar aos serviços de saúde, e, por quais vias chegam a estas instâncias? Em tempos de cidadania plena, abre-se uma fenda para pensar a quem de fato é atribuído o estatuto de cidadão. Segundo Delgado:

Ora, se se coloca o tema da cidadania no centro do debate sobre a violência asilar e sua superação, se se reivindica – sem o romantismo do delírio politizado dos anos 60, mas como um programa de lutas sociais – a cidadania plena do louco (expressão comum em panfletos e publicações da Reforma Psiquiátrica Brasileira); o processo passa a sofrer um deslocamento inevitável. Não só a eliminação da violência e da intolerância. Mas: fim ou controle das internações compulsórias. Fim da prisão perpétua nos manicômios judiciários (fim do tratamento diferenciado ao louco infrator?). Direitos civis (“cidadania plena”) aos loucos. (DELGADO, 1992, p.44).

A partir do processo de abertura política, pós-ditadura no Brasil, e a consequente formulação da Constituição de 1988, chamada de Constituição cidadã, houve um processo de reforma das instâncias jurídicas no país e uma reorientação do papel do Ministério Público (MP). Arantes pontua que o MP iniciou sua transformação em direção à condição de “defensor da cidadania”, muito antes da redemocratização do país, e destaca: “O ponto de inflexão nesse sentido parece ter sido a função de defesa do interesse público, concedida pelo Código de Processo Civil em 1973, e que constitui precisamente o marco inicial de nosso relato sobre a história recente do MP”. (ARANTES, 2002, p.24)

Este autor traz como tema central as dificuldades e contradições que têm marcado o processo de consolidação das instituições de justiça no Brasil pós-autoritário. Aponta como argumento geral as diferentes dificuldades e contradições que aumentaram com a redemocratização e estão relacionadas ao maior grau de judicialização de conflitos coletivos e maior politização das atribuições dos órgãos judiciais. Como origem do problema, pontua as novas funções assumidas pelo sistema judicial, onde a já citada “judicialização dos conflitos coletivos” contribuiu para as reformas legais e constitucionais efetivadas nas últimas décadas e aprofundadas pela renovação ideológica e doutrinária do MP, que assume uma nova interface entre justiça e política. (ARANTES, 2002).

Embora historicamente o MP tenha se constituído como órgão que atua na esfera criminal, na esfera cível, no entanto, limitou-se “à defesa de casos especiais, de direitos considerados indisponíveis ou de indivíduos considerados incapazes de exercer aquela autonomia civil”. (ARANTES, 2013, p.72, grifos nossos). E ainda:

No Brasil, entretanto, a singularidade do MP reside no fato de que sua atuação na esfera cível vai muito além de seus congêneres em outras democracias. Aqui ele dispõe de competência legal e constitucional para atuar em defesa de um amplo leque de direitos civis de tipo coletivo e difuso, o que não ocorre em outros países. (ARANTES, 2013, p. 72).

No entanto, embora existam esforços perpetrados pelo MP no intuito de proteger os direitos civis de tipo coletivo e difuso, em alguns casos, as denúncias ao MP parecem não ser suficientes, como por exemplo, o caso de Damião Ximenes, pessoa com transtorno mental que foi torturada e morta dentro de um Hospital Psiquiátrico na cidade de Sobral, Ceará em 1999. Neste caso, a irmã de Damião, Sra. Irene, buscou apoio na Comissão Interamericana de Direitos Humanos<sup>4</sup> e o Brasil foi condenado por ela em 2006, abrindo jurisprudência na área e

---

<sup>4</sup> A Comissão atua a partir do recebimento de denúncias ou petições sobre qualquer violação cometida pelo Estado em relação à temática de direitos humanos expressa na Convenção Americana. As vítimas podem utilizar

garantindo além de indenização à família, intervenções no campo da saúde mental de Sobral, o caso ficou conhecido internacionalmente. (BORGES, 2008). Este caso deixou claro que a legislação existente acerca dos Direitos Humanos ainda é falha e evidencia uma luta de classes, conforme pontua Borges:

O domínio da lei, assim como em muitos momentos o domínio do discurso dos direitos humanos, pode mascarar o domínio de uma classe. Por isso, é necessário que os direitos humanos transcendam as desigualdades do poder de classe e sirvam para todos os homens, sob pena de continuarem servindo somente para alguns. É exatamente nesse ponto que a denúncia pública de Irene encontra guarida, uma vez que conseguiu enfrentar um poder de classe muito nítido na estrutura política de Sobral. (BORGES, 2008, p. 84).

De acordo com o artigo 82, do código do Processo Civil Brasileiro, compete ao MP intervir: nas causas em que há interesse de incapazes e nas causas concernentes ao estado da pessoa, pátrio poder, tutela, curatela, interdição, casamento, declaração de ausência e disposições de última vontade. Sobre estas funções, afirma Arantes:

Estas duas funções do MP na esfera cível estão fortemente marcadas pela ideia de uma dupla fragilidade a requerer proteção estatal, respectivamente a fragilidade do indivíduo incapaz e a fragilidade da sociedade em preservar certos valores e direitos que ela mesma definiu um dia como permanentes e que, exatamente por isso, são fixados como indisponíveis no ordenamento jurídico. (ARANTES, 2002, p. 26).

Dada esta peculiaridade das ações concernentes ao MP, talvez tenhamos pistas à indagação do porquê aumentam os casos referentes às pessoas com transtorno mental que chegam a este órgão, uma vez que estes sujeitos são quase sempre vistos como incapazes para gerir atos da vida civil. Aqui, há uma contradição relativa ao que seja direito, ou a quem ele pertença:

Eis portanto, os termos do grande paradoxo que caracterizou a evolução recente dos direitos coletivos e do Ministério Público no Brasil: o mesmo processo que levou ao reconhecimento da dimensão coletiva e social de certos direitos – rompendo assim com aquele princípio individualista do ordenamento jurídico tradicional – qualificou a sociedade civil como hipossuficiente ou incapaz de defender seus próprios direitos e habilitou uma instituição do próprio Estado – o Ministério Público – a agir em seu nome. (ARANTES, 2013, p. 73).

O exemplo do caso de Damião Ximenes, citado há pouco, deixa claro que o MP não é o único órgão responsável pelos direitos difusos e coletivos, mas que também quando este falha, outros atores se apresentam. Como o caso da Corte Interamericana e dos movimentos sociais que se levantaram contra as denúncias e as consequentes investigações de

---

o sistema quando o Estado não cumpre suas prerrogativas de garantir os direitos humanos, tal como ocorreu no caso de Damião Ximenes. (BORGES, 2008, p. 99).

casos de mortes em hospitais psiquiátricos, maus tratos envolvendo pessoas com transtorno mental, trancafiadas e isoladas há décadas nos inóspitos hospitais psiquiátricos.

Quanto à Internação Psiquiátrica Compulsória, por exemplo, temos mais um problema em relação à lei 10.216/01, e sua interface com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), mais especificamente ao equipamento CAPS III, pertencente a esta Rede, pois em seu Parágrafo Único, Inciso IX, orienta que a pessoa com transtorno mental deve ser tratada preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental. E em seu artigo 3º diz:

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Ou seja, se a lógica é a da Reabilitação Psicossocial e do estatuto jurídico do louco enquanto cidadão, a internação compulsória (bem como outras questões relacionadas à judicialização) caminha na contramão da RPB e da lógica da Atenção Psicossocial, portanto na contramão do que afirma Rotelli:

De fato, a desinstitucionalização muda progressivamente o estatuto jurídico do paciente (de paciente coagido a paciente voluntário, depois o paciente como “hóspede”, depois a eliminação dos diversos tipos de tutela jurídica, depois o restabelecimento de todos os direitos civis). Em síntese, o paciente se torna cidadão de pleno direito e muda com isto a natureza do contrato com os serviços. (ROTELLI, 1990, p. 34).

Passada mais de uma década de sancionamento da lei 10.216/01 e a crescente diminuição de leitos em Hospitais Psiquiátricos, o que mudou para os cidadãos brasileiros em sofrimento psíquico intenso e para suas famílias? Pautada num modelo de Reforma Psiquiátrica, inspirado na Reforma Psiquiátrica italiana, a Política de Saúde Mental Brasileira tem construído estratégias de cuidado para esta população, como as citadas anteriormente. E com tantos dispositivos de atenção voltados para o cuidado e acolhimento, ainda pairam questões no ar.

Pensando nestas questões, e considerando a Rede de Atenção Psicossocial existente em São Vicente, torna-se importante indagar como os casos de usuários observados pelo Ministério Público e/ou Poder Judiciário são acompanhados pelas equipes e que lugar/não lugar ocupam em suas famílias, em seu bairro, enfim, no CAPS e fora dele. Tendo em vista os dados e os questionamentos acima, este estudo busca os objetivos a seguir.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1.Objetivo Geral**

- Conhecer e analisar as redes de saúde mental de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, da modalidade III, a partir do olhar dos usuários que passaram por processo de judicialização.

### **2.2.Objetivos Específicos**

- Identificar o perfil dos sujeitos judicializados, que passaram pelo Centro de Atenção Psicossocial III;
- Analisar os prontuários dos sujeitos mencionados nos processos;
- Mapear as diversas redes com as quais os usuários contam: a Rede afetiva, a Rede de Atenção Psicossocial instituída e a Rede de apoio dos usuários, citados pelo Ministério Público/ Poder Judiciário, atendidos no CAPS III.

### 3. MÉTODO

*“... Nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar um problema da vida prática.” (MINAYO, 1994, p. 17).*

Para estudar um problema da vida prática no cotidiano de um serviço de saúde mental, optou-se pela pesquisa qualitativa em busca de respostas às questões de judicialização da saúde mental a partir de um serviço específico. Novamente, Minayo aponta:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (MINAYO, 1994, p. 21).

Como o que se quer compreender são as relações entre o campo da saúde mental e o campo jurídico, que envolvem a equipe técnica dos serviços, usuários do serviço e suas famílias, poder público e órgãos dos mecanismos de justiça, a escolha pela abordagem qualitativa tornou-se viável, dada a complexidade destas relações não quantificáveis.

#### 3.1. Procedimentos:

Etapa 1: a primeira etapa deste trabalho, a observação participante, foi fundamental, pois permitiu um novo olhar para o serviço na observação do fluxo de atendimento/acolhimento dos usuários, da dinâmica do serviço, da arquitetura, salas, diferentes ambientes, a recepção, enfim a caracterização do serviço. Sobre este aspecto, no trabalho qualitativo, Minayo aponta que a proximidade com os interlocutores é uma virtude. (MINAYO, 2010).

A partir desta caracterização inicial, seguimos em busca de identificar quais seriam os sujeitos atendidos pelo CAPS III e que foram citados pelo Ministério Público/Poder Judiciário, assim iniciamos uma delimitação dos participantes deste estudo.

Etapa 2: após o levantamento e identificação dos participantes, realizamos o levantamento dos documentos de encaminhamento e pedidos de relatórios sobre os casos

mencionados/citados pela Promotoria e/ou Poder Judiciário, acerca dos sujeitos encaminhados à unidade. Também foi realizada a análise do livro de plantão da época de inauguração da unidade, como forma de resgate histórico do serviço.

Etapa 3: em seguida, realizamos a análise dos prontuários. Foram analisados 12 prontuários. O prontuário é o documento onde os registros referentes aos atendimentos ofertados aos usuários são realizados. Na fase de análise documental, eles também foram consultados para verificar registros acerca das questões judiciais que envolvem os usuários.

Etapa 4: após a análise citada acima, seguimos para indicação dos participantes das entrevistas semiestruturadas.

De acordo com Cruz Neto:

A entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Ela não significa uma conversa despreocupada e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada. Suas formas de realização podem ser de natureza individual e/ou coletiva. (CRUZ NETO, 1994, p. 57.)

Esta etapa, de entrevistas semiestruturadas com os usuários, foi realizada nas dependências do CAPS, em horário definido previamente com os participantes que concordaram em participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (APÊNDICE D), conforme indicação de ética de pesquisa com humanos. Para tanto, seguimos roteiro de entrevista (APÊNDICE A).

Etapa 5: A partir da análise dos prontuários e das entrevistas, buscou-se evidenciar a rede apoiadora destas pessoas. Para visualizar esta rede, foram construídos mapeamentos das Redes de saúde mental mencionadas pelos usuários citados pelo Ministério Público e/ou Poder Judiciário;

Etapa 6: elaboração dos produtos para devolutiva ao serviço.

### **3.1.2. Sujeitos**

Os sujeitos da pesquisa são 12 usuários do CAPS com indicativo de processo de judicialização por meio do Ministério Público e Poder Judiciário no biênio 2011-2012.

### **3.1.3. Instrumentos**

Foi utilizado como instrumento, o roteiro de entrevista (APÊNDICE A), e aplicada a técnica de entrevista semiestruturada e para análise de documentos (prontuários, ofícios, livros de plantão), foi construída uma tabela com as seguintes categorias iniciais: idade, sexo, escolaridade, tempo de tratamento, código internacional de doenças (CID).

Baseados nos relatos em prontuário, elaboramos textos em formato de cordel, com o intuito de transformar estes relatos em cenas, fragmentos das histórias dos sujeitos, contados de forma a não arrefecer estes relatos, mas torná-los vivos e pulsantes, sem a rigidez de um relato de prontuário, aproximando-os de narrativas. Estas imagens narradas em formato de cordel, chamaremos de foto-narrativa.

### **3.1.4. Análise dos dados**

Nesta fase, buscou-se, por meio das entrevistas, mapear as diversas redes de saúde mental com a qual os usuários podem contar e, através da análise documental, traçamos o perfil dos usuários com indicativo de processo de judicialização por meio do Ministério Público e Poder Judiciário e qual a resposta da Rede de Atenção Psicossocial diante dos casos mais complexos. As entrevistas foram analisadas a partir da análise qualitativa de conteúdo. Segundo Bardin, a Análise de conteúdo é assim definida:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens. (BARDIN, 2011 p. 48).

Ademais, segundo Minayo (2010), a análise de conteúdo visa tornar replicáveis e válidas as inferências sobre dados de um determinado contexto. A autora aponta:

Do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo parte de uma leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material. Para isto, geralmente, todos os procedimentos levam a relacionar estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados e articular a superfície dos enunciados dos textos com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção das mensagens. (MINAYO, 2010, p.308).

Dentre o conjunto de técnicas que compõem a Análise de conteúdo, utilizaremos a Análise temática (BARDIN, 2011) considerada apropriada para as investigações qualitativas em saúde (MINAYO, 2010) e como eixo teórico e fio condutor da análise, utilizaremos autores que embasaram a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

### ***3.1.5. Aspectos éticos***

O presente trabalho foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, em cumprimento ao estabelecido na Resolução nº 196 de 10/10/1996 do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Nº CAAE: 15575813.0.0000.5505 Aprovado pelo referido Comitê de Ética em 23 de Agosto de 2013 sob o número 369.788 (ANEXO 1).

A coleta de dados foi iniciada somente após as aprovações no referido Comitê, assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - (APÊNDICE D), assinatura do Termo de Utilização de Base de Dados (TCLU) – (APÊNDICE C), carta de autorização da instituição (APÊNDICE B), e Termo de Consentimento para uso do prontuário (APÊNDICE E).

## 4. PRODUÇÃO DA INFORMAÇÃO

*A angústia é o pressentimento de uma dor futura... (NASIO, 2007, p. 35).*

### 4.1. A angústia da pesquisa...

Ao iniciar este estudo, logo na primeira etapa, que se refere a apresentação e análise do serviço por meio de observação participante, foi possível enxergar detalhes que no cotidiano profissional não se apresentavam claros. Observar, na leitura dos prontuários, pontos fortes e fracos da equipe técnica e da própria organização do serviço não é tarefa fácil, o que gerou à pesquisadora, também responsável técnica da unidade àquela época, momentos de angústia, mas também de celebração.

Do ponto de vista etimológico, angústia advém do latim *angustus* que significa: apertar, estreitar, restringir e reduzir. Para entender melhor do que estamos falando aqui, citarei alguns dos problemas trazidos pelos integrantes do grupo do já referido curso de Avaliação e monitoramento dos CAPS III do Estado de São Paulo, colhidas como tarefa do curso.

Os participantes citaram como fonte de angústia: o número de profissionais reduzido das equipes, rotatividade dos profissionais, a preocupação com as questões de urgência, dificultando o trabalho em rede, a solidão da gestão, dificuldades com os psiquiatras, dificuldades com o Poder Judiciário, diminuição do engajamento dos profissionais na militância. Escassez de profissionais, carga horária brutalizante, medo, o sofrimento do outro que se nos apresenta, solidão. O mestrado profissional chega, portanto, como uma resposta a esta angústia, resposta que só pode ser possível quando emerge a palavra.

Uma pesquisa nasce com uma pergunta, é importante, porém, lembrar, que uma pesquisa realizada no próprio local de trabalho exige do pesquisador a sutileza de sair do lugar de funcionário apenas e habitar o lugar de quem pesquisa a própria prática na busca de atribuir sentido àquilo que por vezes está adormecido. Ou seja, a rotina naturaliza as práticas, enquanto que a pesquisa força a enxergar a prática por outros ângulos, trazendo questionamentos como a constante pergunta: será que dá pra fazer de outro jeito?

Esta pergunta gera também angústia, pois fazer de outro jeito significa repensar a prática quando esta parece estar naturalizada. Aparentemente há um estreitamento no fazer cotidiano, ocasionado talvez, pela urgência em responder as delicadas demandas que emergem a todo tempo. Adentrar no serviço com o olhar de quem pesquisa, permite ampliar este olhar, a escuta e a compreensão das ações por outros ângulos, outras óticas.

#### ***4.1.1. O Território***

A cidade de São Vicente, a primeira cidade do Brasil, está situada no litoral sul do Estado de São Paulo, região da Baixada Santista. Tem sua economia baseada no turismo, comércio e na prestação de serviços e possui uma população de 332.445 habitantes (IBGE 2010), a extensão territorial é de 149 km<sup>2</sup>, dividida em duas áreas: insular e continental. A área insular representa cerca de 39 km<sup>2</sup> e é onde se localiza a maior parcela da população, cerca de 240 mil habitantes.

Foi após a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, Hospital Psiquiátrico de Santos, que o primeiro NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) de São Vicente foi criado. Hoje, o município comporta seis unidades de Saúde Mental: um CAPS III, um CAPS II AD (Álcool e drogas), um CAPS Infantil, um Ambulatório de Saúde Mental (ASM) e dois CAPS II, sendo um na área continental e outro na insular. A cidade conta ainda com o Hospital Municipal de São Vicente (HMSV) que possui quatro leitos de observação psiquiátrica, além do CAPS III, com cinco leitos para Hospitalidade Integral, funcionando 24h desde 1993. Possui ainda sete Núcleos do Programa Estratégia Saúde da Família na área continental. O CAPS III do município encontra-se na área insular, região central do município.

O CAPS III de São Vicente é referência para toda a cidade, oferecendo atenção integral para usuários em crise referenciados nas cinco demais unidades de saúde mental do município, além dos casos de primeira crise. A porta de entrada para urgência/emergência é o Hospital Municipal de São Vicente (HMSV). Intersetorialmente, parte dos casos têm origem nas solicitações da Defensoria Pública, do Ministério Público, Poder Judiciário, ou do Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS), onde se busca constantemente a ampliação das ações junto a estes órgãos.

São Vicente possui também no desenho da Rede de Atenção Psicossocial, o Polo de Atenção Intensiva em Saúde mental (PAI), unidade de Psiquiatria localizada na cidade de Santos e referência em internação psiquiátrica para as nove cidades da Baixada Santista. Possui trinta leitos para usuários com transtorno mental severo e persistente em situação de crise.

No delineamento da Rede de Saúde Mental de São Vicente, citado a pouco, podemos perceber que a mesma ainda não possui o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), equipamento vinculado ao SUS que disponibiliza moradia para ex-internos oriundos de períodos de longa duração em hospitais psiquiátricos. O “não-lugar” para esta população exige das equipes o fortalecimento do trabalho realizado junto às famílias e o enfrentamento às situações de abandono, bem como o estreitamento de laços com a rede de Assistência Social a fim de encontrar soluções pontuais como abrigamentos em equipamentos vinculados ao CREAS.

O CAPS III foi escolhido para esta pesquisa por ser o único equipamento da Rede de Atenção Psicossocial do município de São Vicente que possui leitos para acolhimento na modalidade de hospitalidade integral (HI), ou hospitalidade noturna. Esta característica traz consigo inúmeras situações delicadas que se evidenciam ainda mais durante uma crise como um surto psicótico, ou uma tentativa de suicídio, por exemplo. Portanto, esta pesquisa também partiu da hipótese de que na atenção à crise, mais pontos da rede são acionados, o que poderia abarcar também os mecanismos de justiça, como de fato, ocorreram.

O subitem a seguir tratará de expor o resgate histórico do CAPS III Mater.

#### ***4.1.2. O CAPS da Rua Padre Anchieta: 20 Anos de cuidado em liberdade?***

*A expressão reta não sonha.*

*Não use o traço acostumado.*

*A força de um artista vem das suas derrotas.*

*Só a alma atormentada pode trazer para a voz um formato de pássaro. (Manoel de Barros, p. 349, 350, 2010).*

Neste subitem está o resultado da pesquisa documental realizada após consulta ao primeiro livro de plantão do CAPS III Mater, que conta, através dos relatos ocorridos na unidade, a história da construção deste equipamento. Existem anexados ao livro de plantão, recortes de jornais da época, telegramas de parabenização pela criação da associação de usuários e familiares, a Associação Maluco Beleza, enfim, documentos que serviram de base a este estudo. Alguns trechos, extraídos deste documento dão o tom com o qual se produzia o cuidado em saúde mental, como a frase a seguir: “Evitei uma crise. Vim para cá. Esta é a minha novidade!”. (Livro de Plantão do CAPS III Mater, 1993, p. 71 – fala de um dos usuários atendidos àquela época).

Em 1987, foi inaugurado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial no Brasil, na cidade de São Paulo, o então conhecido CAPS da Rua Itapeva. Por volta de 1990 foram implantados os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), em Santos e, seguindo a lógica deste movimento, na cidade de São Vicente foi criado o NAPS Mater, hoje chamado de CAPS III Mater. A seguir, relataremos informações colhidas no livro de plantão da unidade. Estas informações estão presentes também em jornais da época, que foram encontrados dentro do primeiro livro de plantão do serviço e constam como anexos neste trabalho.

O CAPS III Mater foi oficialmente inaugurado em dezoito de maio de 1993, data escolhida de forma não aleatória, visto que é o dia em que se costuma celebrar, no Brasil, o Dia Nacional da Luta Antimanicomial. Antes mesmo, porém, da inauguração oficial, o CAPS já estava de portas abertas e o livro de plantão já era utilizado para anotar os atendimentos realizados e a rotina do serviço. O equipamento passava então a ser referência para os municípios e ex-internos da Casa de Saúde Anchieta, que estava sob processo de intervenção e caminhava para o seu fechamento. Estrategicamente, o CAPS ficou situado no centro da cidade, coincidência ou não, na Rua Padre Anchieta.

Esta unidade de saúde mental tinha uma dinâmica diferente da atual, o atendimento também acoplava emergência/urgência. O paciente ao chegar à unidade era avaliado por um técnico (profissional da área da saúde) e se necessário, em caso de crise, encaminhava-o para o médico avaliar e medicar. O profissional, que realizava o primeiro acolhimento, tornava-se a sua referência técnica. Em casos mais graves, o usuário era “internado” em um dos leitos disponíveis no serviço. Segundo relatos dos antigos funcionários, durante observação participante, nesta época, houve períodos em que o CAPS acolheu dezoito usuários em regime de Hospitalidade Integral.

O primeiro registro no livro de plantão foi na manhã de 14 de abril de 1993, onde consta um organograma de oito técnicos da área da saúde e uma recepcionista por período (manhã, tarde, noite e madrugada). Iniciaram-se as reuniões de equipe para promover discussões sobre os usuários e também grupos como: grupo de mulheres; grupo de homens; grupo de cartazes; além de visitas domiciliares e acordos com outros serviços, visando um trabalho em rede. Também foi desenvolvido o dispositivo de triagem em atendimentos grupais para conseguir atender a demanda mais rapidamente.

Através da leitura dos registros em livro de plantão na época da desospitalização dos usuários do Anchieta, era evidente o entusiasmo com que os técnicos envolvidos descreviam cada ação realizada, cada acolhimento, e a preocupação com os projetos terapêuticos e com os ideais da Reforma Psiquiátrica. Destacamos frase do livro de plantão datado de 19/04/1993, relato de trecho de reunião na troca de plantão:

“A importância dos técnicos como pedagogos de mostrar para os familiares dos pacientes e a sociedade que o doente mental tem que ficar em casa, que o doente mental pode também trabalhar em momentos de não crise e que toda internação indiscriminada é muito prejudicial ao enfermo”. (Livro de Plantão CAPS III MATER, 1993, p.4 – verso).

Cito o trecho acima, como um analisador de como a intervenção era considerada necessária pelos técnicos do CAPS e de como tudo isto produzia ressonâncias neste novo dispositivo de atenção. Existem ainda trechos onde a equipe discute sobre os espaços coletivos da unidade de forma a considerar o usuário partícipe das decisões. Usuário pode entrar na cozinha? – este era um dos temas debatidos, o que evidencia que os profissionais ali envolvidos não só faziam como *viviam* internamente o processo de reforma.

Outra ilustração do conteúdo do livro: Bilhete cheiroso. Disseram: “Ficaste louco por causa daquele que amas”. Eu disse: “O sabor da vida é apenas para os loucos” Boa noite! (Livro de plantão CAPS III Mater, 1993 p. 13, verso).

#### ***4.1.3. O cenário interno hoje: limites da estrutura física.***

O CAPS possui uma recepção, que fica nos fundos da unidade, sendo que o acesso à mesma é feito por uma rampa, onde também fica o estacionamento da unidade. Esta é a passagem para todos os que chegam ao serviço e também para as ambulâncias do SAMU, quando há remoções/admissões de usuários em situação de crise no serviço. Há um pequeno

portão na entrada da unidade, que permanece fechado, sendo aberto somente em situações peculiares.

Próximo à recepção do serviço, existe uma sala desativada, antiga sala ocupada pela chefia de Departamento da Saúde Mental do município. A sala já serviu para armazenar utensílios em desuso, enquanto aguardavam a retirada dos mesmos da unidade pelo Departamento de Patrimônio e recentemente abriga a base do SAMU do município<sup>5</sup>.

Para adentrar na parte interna da unidade, há dois modos, dependendo da configuração dos técnicos de plantão e dos usuários presentes: há uma sala-corredor e uma grade perpendicular à sala. Então ora se adentra atravessando a sala pela porta externa que desemboca na parte interna, ora se adentra pela grade que dá acesso imediato à parte interna da unidade.

Na entrada há um corredor dando acesso ao expurgo e rouparia, aos banheiros masculino e feminino utilizados pelos usuários, à sala de descanso dos auxiliares de enfermagem, com um banheiro de funcionários e mais à frente encontra-se o refeitório, a cozinha e o quarto privativo médico com mais um banheiro. O refeitório possui 9 mesas com 2 cadeiras cada, em estrutura de ferro já enferrujadas. A cozinha é utilizada pelos funcionários para fazer café, realizar refeições e há uma abertura de acesso ao refeitório por onde são servidas as refeições aos usuários.

A refeição dos usuários é entregue por empresa terceirizada, que fornece café da manhã (café com leite em enormes garrafas térmicas e pão com manteiga), almoço (marmitex), lanche da tarde (bolachas salgadas e suco artificial em garrafinhas), jantar e ceia (para os usuários em hospitalidade integral). Anexa à cozinha existe uma área de serviço externa e uma área de convivência com mesinhas e bancos de concreto para jogos, descanso.

Em frente aos banheiros dos usuários já citados acima, há uma nova rampa-corredor, dando acesso ao restante da unidade, do lado direito respectivamente: quarto de 3 leitos, posto de enfermagem, quarto de 2 leitos, sala da enfermeira (onde também se armazenam alguns medicamentos), banheiro de funcionários (unissex) e um consultório. Do lado esquerdo, respectivamente, há uma sala grande de atividades, denominada sala de terapia

---

<sup>5</sup> A base do SAMU passou a ocupar uma dependência dentro do CAPS e suas ambulâncias, 2 vagas no estacionamento da unidade, no início de 2014.

ocupacional, uma sala de convivência, com alguns bancos de concreto com almofadas e colchonetes que ficam à disposição dos usuários e uma televisão.

Mais à frente há o almoxarifado, mais um consultório e a sala da administração. Próxima à administração está a porta de acesso à varanda da unidade, onde pode-se avistar a rua e por onde pode-se chegar à área livre de convivência sem passar pela cozinha. À frente da unidade existe mais um estacionamento, que fica fechado com correntes, disponibilizado apenas para alguns funcionários da prefeitura, e que hoje também abriga as ambulâncias do SAMU. Ao lado deste estacionamento fica o Bazar MentalShop, espaço de convivência da Saúde Mental do município. Para visualizar melhor a descrição física do CAPS, ver a planta da unidade, no ANEXO 2.

#### **4.1.4. Os participantes:**

Iniciamos o levantamento de usuários que atendiam ao perfil que indicamos, durante o biênio citado. Chegamos num total de 191 usuários que passaram pela Hospitalidade Integral entre Janeiro de 2011 e Dezembro de 2012. Dentre estes usuários, 12 foram citados pelo Ministério Público e/ou Poder Judiciário em algum momento deste período, ou chegaram ao serviço após acessar a Defensoria Pública. Destes 12, apenas 6 continuam em atendimento na Rede de Saúde Mental do município. Importante ressaltar aqui que estes 12 sujeitos da pesquisa são sujeitos da área de abrangência do CAPS III Mater, uma vez que o serviço é referência em acolhimento à crise para todas as demais unidades de saúde mental do município. De modo que os usuários de outros CAPS estão computados como tendo passado pela Hospitalidade Integral, e também foram considerados sujeitos.

Para chegar nestes dados, foram consultados: o livro de registro de usuários em Hospitalidade Integral, o Livro de Plantão (instrumentos utilizados pela equipe técnica para realizar os registros de entrada e saída de usuários e as ocorrências dos plantões) e também os arquivos contidos nas pastas virtuais do computador da unidade, onde estão armazenados os relatórios de respostas aos processos/ofícios recebidos do Ministério Público (MP) e Poder Judiciário (PJ).

#### **4.1.5. *As Foto-narrativas:***

Durante o percurso da pesquisa, foi ficando cada vez mais clara a importância da Rede de Atenção Psicossocial para o atendimento ao transtorno mental. Na medida em que os dados iam sendo produzidos, o desenho de uma rede foi sendo tecido, foi tomando forma, e a criação de metáforas para evidenciar este desenho mostrou-se possível.

Muitas são as imagens que vêm à tona quando pensamos na ideia de uma rede, porém a vivência numa cidade litorânea, a proximidade ao mar, principalmente de um CAPS que fica a duas quadras da praia, nos inspirou a pensar na imagem de uma rede de pesca. Sendo assim, com esta imagem de rede e considerando para que a mesma serve, atribuímos nomes de peixes aos sujeitos da pesquisa. Gostaríamos, no entanto, de pensar aqui estes peixes não como presas (o que acaba de fato acontecendo com a rede de pesca), mas propomos o seguinte exercício: “Qual o alcance de uma Rede de Atenção Psicossocial e de quais/quantos usuários ela consegue dar conta?”

Este trabalho permitiu também à pesquisadora a tessitura de uma outra rede, onde uma infinidade de atores contribuiu para que esta rede tomasse forma (vide agradecimentos). Outro aspecto do trabalho, ou seja, as foto-narrativas em formato de cordel mostrou-se possível através do resgate da raiz pernambucana da pesquisadora, em consonância com a história do município de São Vicente, que recebeu tantos outros nordestinos, dentre eles, alguns dos sujeitos da pesquisa. Enfim, o gosto pela poesia e também pela fotografia, permitiu tecer o termo foto-narrativas (termo já explicitado no capítulo sobre o método da pesquisa).

Mais uma vez, munindo-se das metáforas como linguagem, utilizaremos o cordel como recurso para contar as histórias dos sujeitos, sugerindo imagens, sem identificá-los. Das informações nos prontuários e entrevistas, foram geradas doze foto-narrativas que apresentamos a seguir, tentando contar as histórias atribuindo leveza ao que é tão duro e concreto.

## Dá licença?

Tanto aqui, como acolá  
Tentaremos assuntar  
Como quem lhes diz olá  
‘Ói’ o que quero ‘falá’  
  
É que a grandeza do viver  
Não impede de sofrer  
Mas até mesmo ‘baruel’  
Gosta de poesia no papel  
  
Apresento a opção  
De um texto-sedução  
Que é pra mó de entreter  
E o leitor se derreter...  
Aqui vai a narrativa  
Da cartografia viva

Então vamo ‘deixá’ de tosa,  
Vou falar com dona Rosa  
Da leveza de escrever  
Da tristeza em verso e prosa  
Da insistência em ter o céu  
Peço licença ‘prum’ cordel...  
  
Convido vosmicê  
A despir-se de armadura  
Pois uma rede que se preze  
Tem peixe com fartura...

## Garoupa<sup>6</sup>

O caso que agora segue	Da solidão, fazia o quê?
Como posso lhes dizer?	Acumulava companhia,
Viúva há 2 anos,	quatorze cães lhe rendiam
Aposentada, pensionista,	outro sentido de viver.
mora sozinha	
e alguém faz vista?	Paranoia piorou,
	ô dois anos que lascou!
Uma guerreira brasileira?	Que vontade de morrer!
Profissão? Quem sabe?	Dos jovens netos,
Ninguém sabe ninguém viu,	Só a saudade e o desejo
Porque quem o caso conduziu,	Da justiça por fazer...
Esqueceu-se de escrever.	
	Um deles morreu de morte matada
A filha da guerreira,	O outro não se sabe nem do quê!
outra guerreira é?	A viúva perturbada
Porque o atestado de curadora	A filha enlutada quis fazer padecer.
Dá poder a quem não é?	
A viúva, agressiva,	
Seu estado piorava	
Viuvez só aumentava	
Seu estado de sofrer	

### P.1. Caso da Garoupa

Em 20 de Agosto de 2010, o CAPS recebe ofício do Ministério Público que requisitava em caráter de urgência: “a disponibilização de tratamento de saúde adequado”, **“requisitando urgentemente para a recuperação da saúde da referida idosa, nos termos do art. 45, inciso III, da lei 10.741/2003, bem como a realização de visita domiciliar com avaliação psicossocial”**. Assunto: **Abandono de idoso**. A usuária tinha 85 anos. Após V.D. realizada por médico psiquiatra e enfermeiras, deu entrada na H.I. do serviço, em 17/01/2011.

<sup>6</sup> Peixe que vive próximo às tocas e esconderijos no fundo, geralmente um parcel de pedras ou um barco afundado. Pode atingir mais de 40 kg, sendo relativamente comum a captura de exemplares com até 20 kg, ou mais. Para sua pesca é necessário equipamento pesado e muita força. A pesca com isca natural é a mais comum, embora funcionem também iscas artificiais de fundo. Informações: <http://www.sitedapesca.com.br/peixe.htm>

**Baiacu<sup>7</sup>**

Sessenta e seis anos,	Em todo lugar que ia,
desde os 20 beberrão,	arrumava confusão,
agressor de sua família,	agrediu a proprietária
só restou a separação!	de sua acomodação.
	Teve jeito não,
Aos dez anos o seu filho,	juiz exigiu retratação!
sem ver o pai ficou.	
Era de 2000 chegou,	Visita não recebia,
e em que o homem se tornou?	e ele 'môco' não se fazia,
	compreender o que dizia.
Internado pelo juiz,	Notícia chegava à prestação,
no CAPS ele ficou!	soubemos que era môco,
Porque isto se 'assucedeu',	porque bêbado, da bicicleta foi ao
a equipe não sacou.	chão.
	Agora quando foi isso,
Só mais tarde,	ninguém sabe não!
veio a revelação,	
do homem que da família se afastou,	Sabia-se que o sinhô
desta vez, a família o negou.	de metalúrgica era trabalhador
	aposentado pelo tempo de labor.

---

<sup>7</sup> Habitat: áreas costeiras, sobre fundos de areia ou lama, em profundidades entre 10 e 180 m. Ocorrências em todo o litoral brasileiro. Hábitos: pelágicos em pequenos grupos ou solitários. Quando perturbados, ingerem água que é mantida sob pressão no estômago ou em uma invaginação do mesmo, por meio de dois esfíncteres: cardíaco e pilórico, ou por um esfíncter da própria invaginação, tornando-se globulares. Durante a exposição ao ar, esses peixes também podem inflar e após retorno à água, o esvaziamento é promovido pela ação combinada dos esfíncteres e da musculatura abdominal. [http://www.vivaterra.org.br/peixes\\_salgada.htm](http://www.vivaterra.org.br/peixes_salgada.htm)

Pra encurtar a nossa história,  
 depois de um mês no serviço  
 dia e noite, noite e dia,  
 chegou a tal notificação,  
 que o hospital que o encaminhou,  
 não tinha entregado até então!

Era o mandado do juiz,  
 indicando internação.

Mas na hora da alta,  
 família quis saber não!

Ficou toda temerosa  
 do homem não sair são.

Internado foi em Hospital,  
 onde ficou mais um montão.

Sete meses se passaram  
 e o homem do hospital,  
 transferido foi 'prum' lar, tipo pensão.

## P.2. Caso do Baiacu

Em 14/08/2012, usuário vem transferido do HMSV para o CAPS III, após uma semana de internação por ordem judicial. A principal queixa: agressividade com familiares e agitação psicomotora. Deficiente auditivo e utilizando fralda geriátrica. Irmã do usuário refere que o mesmo era etilista, já havia sido internado diversas vezes em clínicas de repouso, residiu em diversos lugares, porém não se mantinha nestes lugares devido a sua agressividade. Início do uso de etílicos aos 16 anos, (meio litro de pinga ao dia), informando interrupção do uso há então 9 meses. Em 08/08/2012, foi à audiência com juiz, na companhia do filho, onde foi feita a solicitação de internação compulsória (até então, segundo relato de enfermeira da unidade, este documento determinando internação não havia sido enviado ao CAPS). Raramente recebeu visitas, o que dificultou colher história objetiva, contato verbal era dificultoso devido deficiência auditiva. Em 19/08/2012 (cinco dias após chegar ao CAPS), filho e curador provisório do usuário telefonou informando que seu pai foi internado compulsoriamente devido à agressão física à proprietária do imóvel onde o usuário residia, tendo sido despejado. Separou-se da esposa quando o filho tinha 10 anos, não tendo convívio com o mesmo desde então. Relatou uma internação em Bragança Paulista por dependência química, onde permaneceu por 2 anos e meio. Aposentado por tempo de serviço desde os 65, hoje, com 67 anos, era metalúrgico. Relatou nunca ter feito tratamento psiquiátrico anterior. Atropelado por carro em 1998, estava de bicicleta e as sequelas na audição surgiram devido ao acidente assim como a piora do comportamento agressivo e impulsivo. Após separação, passou a viver 'de favor', em casa de irmãs e mãe, até ir morar sozinho. Há 5 anos ficou em casa de repouso, mas era muito agressivo com demais moradores. Há relatos de inúmeros boletins de ocorrência. Em 14/09/2012 a família foi informada da alta, porém não vieram buscar o usuário e não concordavam com a conduta. Usuário foi transferido ao PAI e a família só compareceu para buscá-lo em 13/04/2013. Alta foi acompanhada por assistente social do CAPS, do filho e da nora, usuário recebeu medicação para um mês e a família o encaminhou para uma clínica de repouso.

### Peixe-Donzela<sup>8</sup>

A menina chegou com os pais,	A cada nova crise,
Dezesseis anos era a idade.	um episódio acontecia,
Depois de tanta normalidade,	seja com a morte da tia,
Foi parar na tal unidade.	seja entre uma crise e outra,
	era vida que seguia...
Notícia ruim para quem ama,	Trabalho, balada, namoro,
Na ficha de evolução,	das meninas que conhecia
No alto, uma anotação:	Diferença não havia.
A menina “Fica no programa”.	
	De repente a menina,
Mainha disse que depois das regras,	Em mulher se transformou,
a menina ficou ‘disregrada’...	Agora sua idade era trinta
ora agressiva, ora deprimida,	E de tanto procurar, achou!
achava que era filmada.	Um namorado ajustado,
	Na medida de seu amor!
Entre a ‘parentata’,	
História desajustada.	Conversou com sua médica
Mãe e filha religiosas,	E queria se casar.
pai agressivo com lapada.	Demorou em contar ao amado,
Mas após separação	Que algo ali era transtornado.
sua vida melhora de montão.	

---

<sup>8</sup> Características: corpo azul, com barbatana dorsal azul e amarela no final. Pedúnculo caudal, barbatanas caudais e anais amarelos. Atingem 7 cm. Habitat: recifes de corais em profundidades de 50 a 60 m. Ocorrências: todo o litoral brasileiro. Ameaças: poluição, destruição do habitat e captura indiscriminada para aquarofilia. Site: <[http://www.vivaterra.org.br/peixes\\_salgada\\_2.htm#donzelacobalto](http://www.vivaterra.org.br/peixes_salgada_2.htm#donzelacobalto)> (acesso em 12/10/2014).

Por fim, contou e de fato,  
Noivo ele se tornou!  
A 'dotôra' solicitou  
Conversar com este amor  
Pra mó de que se explicasse  
Os cuidados com quem amasse...  
  
Mas ninguém sabe  
Ninguém viu,  
O noivo a médica nunca ouviu!  
  
Casamento durou pouco,  
Tudo muito conturbado!  
Família quis anular,  
Casamento consumado!  
  
O juiz pediu então,  
Relatório da atenção...  
E em vez de anulação,  
Aconteceu a separação!  
Nova crise anunciada!  
A menina segue então,  
Sua vida atribulada

### P.3. Caso de Peixe-Donzela

Iniciou tratamento em 05/06/1997 com 16 anos. Veio acompanhada dos pais. Na ficha de evolução clínica, consta no alto, uma anotação: "Fica no programa". E conforme relatos em prontuário: "Parto normal, gestação normal, foi amamentada pela mãe, desenvolvimento normal". Mãe refere que quando era 'normal', brincava com as outras crianças, tinha amigos. Após a primeira menstruação, conta que ou ficava agressiva, ou ficava deprimida. Queixa: "Há 3 meses está falando coisas sem sentido, refere que pessoas estão falando dela, que está sendo filmada e que será passado na TV" (sic mãe). Relatam ainda que tanto por parte de pai, como por parte de mãe, há casos de transtorno mental na família. Avô materno já esteve internado em hospital psiquiátrico. Parou de estudar porque na escola 'também falam dela' (sic). Deixou um emprego (balconista em bar), pois escutava vozes que diziam estar roubando. Após atendimento com profissional do serviço (não consta função do profissional, nem carimbo), foi avaliada por médico, que prescreveu medicações. Continuou passando apenas por atendimentos médicos, quando em 09/2001, passa a ser atendida também por psicóloga. Nos atendimentos psicológicos, começam a aparecer outras informações: delírios de base religiosa, agressividade constante por parte do pai para com a usuária. Separação dos pais e melhora dos sintomas e do relacionamento afetivo com o pai. Término do ensino médio. Mãe teve depressão na adolescência. Relatos de vários parentes do pai que se suicidaram e um parente da família da mãe, que também se suicidou. Em 11/ 2001, apresenta nova crise, mãe acredita que morte da tia-avó pode ter sido a causa. Ficou em HI de 26/08/2002 a 04/09/2002. Após alta, foi encaminhada ao ASM, novamente mantém atendimentos médicos e atendimentos pontuais com psicóloga. Em 2004, volta a ser acompanhada mais de perto por sua psicóloga e referência técnica e, em 2006, tem nova crise. Feita visita domiciliar, Donzela se recusa a ir ao CAPS. Entre os relatos de crises, quando há melhora também relatada, surgem tentativas de trabalho, de namoro, enfim, de projetos de vida. Segue com vida social ativa (sai com amigos, vai à baladas e bares). Há sempre relatos de uma busca por relacionamento amoroso sério. Em 04/2010, relata à sua médica que está namorando há um mês com rapaz que frequenta a sua igreja, em maio, conseguiu dizer ao namorado que faz tratamento psiquiátrico. Apresenta melhora significativa do quadro. Ficou noiva em 07/2010, agenda casamento para 03/2011. Médica solicita presença de futuro esposo em consulta, mas ele não comparece. Em junho, aparece uma queixa em relação ao marido. Até 08/2011, o relacionamento com marido e o tratamento caminham sem intercorrências mas em 11/2011 há relatos de conflitos no casamento. Donzela volta à casa da mãe e marido para casa da sogra. Em 03/12/2012, Donzela fica em HI no CAPS, permanecendo até 14/12/2012. Marido e Donzela continuam na casa dos respectivos familiares. Após a alta, marido manteve contato apenas telefônico com a usuária, que temia que marido solicitasse a separação e refere que mãe e sogra são muito controladoras. Família do marido quer anulação do casamento. CAPS recebe pedido de relatório do PJ, audiência em 12/04/2012. Houve divórcio em vez de anulação do casamento, relatos de que usuária vinha reagindo bem à situação e recebeu apoio de parentes e amigos, além de entrar para aula de canto, informática e ginástica. Recebendo benefício por afastamento do trabalho. Segue com novos projetos de vida e esperança de novo relacionamento. Continua em tratamento no CAPS atualmente.

## Marlim Azul<sup>9</sup>

O cabra nasceu na terra da garoa,  
 Apareceu no CAPS não foi à toa...  
 Dizia já ter tido esposa,  
 Falar da família não ousa.  
 Tava no tratamento ambulatorial,  
 Ia só fazer tutorial.  
 A família no “abecê”  
 E o cabra sozinho em seu apê!  
 Não pagava condomínio,  
 Síndico denunciou!  
 Chegando lá na audiência,  
 O juiz então notou,  
 O cabra tava agitado,  
 Lá foi o CAPS acionado!

### P.4. O caso do Marlim Azul

Data de nascimento: 26/03/1967, Natural de São Paulo/SP. Família reside em cidade da região do ABC paulista, Marlim Azul mora sozinho em apartamento na área insular de São Vicente. Em participações nos grupos, Marlim referiu que já foi casado, não conta maiores detalhes sobre a separação. Sem maiores informações sobre a família que nunca o visitou enquanto esteve em HI (de 30/05/2011 a 12/07/2011, um mês e meio) sendo que vizinhos também relataram que nunca o viram recebendo visitas familiares em casa. É sabido que iniciou tratamento após ser convocado para audiência com juiz de direito, por não pagamento de condomínio, processo acionado pelo síndico de seu prédio. Durante a audiência, como estava bastante alterado e demonstrando certo transtorno mental, juiz pediu a avaliação psiquiátrica de Marlim. Chegou para atendimento pela primeira vez em Ambulatório de Saúde Mental, em fevereiro de 2010, obtém o CID F20.9, inicialmente, foi medicado, com retorno para março do mesmo ano, depois o retorno foi agendado para junho/2010. Em abril, compareceu ao ambulatório para solicitar carteirinha de transporte especial e depois para solicitar receita médica, pois confundiu-se quanto ao local de retirada das medicações. Em 28/05/2010, compareceu no ambulatório um vizinho do usuário afirmando que o mesmo encontrava-se “agressivo, falando só, gritando, persecutório.” (sic). Em 07/06/2010, faltou à consulta agendada e, em 30/05/2011, foi encaminhado ao CAPS III, após passar pelo HMSV (Após quase um ano de abandono do seguimento ambulatorial). Durante o período que permaneceu em HI, mostrou-se bastante hostil, persecutório, sentia-se perseguido. Sem familiares, e preocupado com o seu apartamento, saiu em visita ao mesmo, acompanhado de médica e psicólogo da unidade. Foi discutida com ele a introdução de nova medicação, que a princípio não aceitou, mas após perceber-se “doente” (sic), aceitou a introdução. Estava preocupado em ser utilizado em experiência. Hoje mantém-se na unidade, participa de grupos terapêuticos e diz sentir-se bem no CAPS. Família até hoje não foi contatada, pois não há informações sobre a mesma e usuário não fornece.

<sup>9</sup> **Hábitos:** espécie pelágica, migradora, oceânica. Nada junto à superfície e tem hábitos solitários. Site: <[http://www.vivaterra.org.br/peixes\\_salgada.htm](http://www.vivaterra.org.br/peixes_salgada.htm)> (acesso em: 09/06/2014).

**Boto**<sup>10</sup>

Bom filho, bom aluno,  
 Apesar de isolado...  
 Até a oitava série  
 O menino tinha estudado.  
 Trabalhou como borracheiro,  
 Mas um vício lhe pegou  
 E o MP solicitou:  
 A avaliação do seu 'dotô'  
 Ocupando um leito/CAPS  
 Mais de um mês ele ficou.

**P.5. O caso do Boto**

D.N. 19/02/1992.

Usuário com histórico de uso de drogas múltiplas (cannabis, cocaína e álcool) aos 16 anos de idade, inicialmente em padrão recreativo, porém com aumento progressivo, acarretando em prejuízo ao convívio familiar e profissional devido a comportamento agressivo e furtos para manter o uso de drogas. Mãe, na admissão do usuário para HI em 18/07/2011, referiu que seu filho utilizava também lança perfume e oxy. Em 12/09/2011, o MP emite ofício solicitando: “avaliação médica detalhada do interessado, inclusive mencionando a necessidade ou não da medida de internação involuntária, no prazo de vinte quatro horas”. Consta em prontuário resposta do CAPS infantil ao mesmo ofício. Em entrevista realizada pelo médico da unidade, mãe refere que Boto sempre foi isolado, mas bom aluno e filho. Estudou até a 8ª série sem reprovações, após rompimento com os estudos, iniciou trabalho como borracheiro, com seu irmão mais velho, com bom rendimento até o ano de 2010 (aproximadamente). Mantém acompanhamento médico na unidade, há 2 anos sem uso de drogas e está trabalhando novamente em borracharia. Permaneceu em HI entre 18/07/2011 a 21/07/2011 e 23/08/2011 a 19/09/2011 e após, manteve-se em Hospitalidade-dia. As pessoas mais próximas do período em que ficou em H.I. foram a mãe e uma prima. (Notem que quando o CAPS recebeu ofício do MP, o usuário já havia passado por HI e encontrava-se de novo em HI).

<sup>10</sup> Os botos são mamíferos que vivem na água, na região amazônica, o maior deles é o boto-vermelho que é conhecido como boto cor-de-rosa. Hábitos: Eles são encontrados sozinhos ou aos pares, filhote e mãe. Nadam devagar, são curiosos, inteligentes e muito alegres. Aceitam bem os seres humanos, assim como os golfinhos. Eles gostam de brincar pulando bem alto para fora da água, principalmente ao amanhecer e entardecer. Site: < [http://pt.wikibooks.org/wiki/Bichos\\_da\\_mata/Boto](http://pt.wikibooks.org/wiki/Bichos_da_mata/Boto) > (acesso em 12/10/2014).

**Beta**<sup>11</sup>

Vixi, esta nasceu no nordeste!  
 Insiste em ser cabra da peste!  
 Foi casada e mãe de três  
 Só que um não teve vez!  
 Já terra da garoa,  
 Houve a separação.  
 Sem teto, sem família,  
 Foi abrigada  
 Nem por isto mal amada.  
 Toca violão,  
 participa da percussão.  
 Família quis interdição.  
 Mas no CAPS  
 Família nunca apareceu não.  
 O juiz determinou  
 A sua internação  
 CAPS brigou, e agora temos  
 Uma percussionista artista  
 E que ainda por cima  
 É fã de Amado Batista.

**P. 6. – Caso de Beta**

Data de Nascimento: 02/12/1960

Natural de Aracajú/ SE. Profissão (segundo relato em prontuário), ora aparece como vendedora, ora como diarista. Atualmente desempregada. Estado civil: divorciada; Escolaridade: 2º grau completo; Bairro: Centro (reside em abrigo municipal); CID: F20.0. História de vida: refere que era uma criança que não tinha muitos amigos, pois o pai não deixava. Tem 14 irmãos, 1 falecido. Sofreu acidente de carro em (1994/1996) e ficou internada por 2 meses. Foi casada por 20 anos, mas separou-se devido a brigas. Refere que pai e mãe são vivos e saudáveis e diz ter um irmão com doença psiquiátrica, relata que teve 3 filhos, sendo que um deles morreu de gastrite com 1 ano de idade. Após solicitação de atendimento em saúde mental feita pela Promotoria de Justiça de São Vicente, Beta foi acolhida no CAPS e no mesmo dia, foi encaminhada ao PAI, onde permaneceu do dia 09/02/2011 ao dia 24/02/2011. Após este período, passou por triagem com médico psiquiatra do CAPS III Mater em 06/04/2011, acompanhada por monitora do abrigo municipal em que reside. Estava nesta data, já há um ano residindo em abrigo (casa de passagem). Em Outubro/2012, CAPS recebe processo do MP: “Ação de interdição c.c. pedido de internação compulsória e antecipação de tutela”. Beta não possui familiares próximos, ou ao menos não se tem o conhecimento de onde estão. A monitora conta que ao início, Beta, além da fala desagregada e delirante, apresentava comportamento alucinatório. Passou por HI de 12/07/2012 a 01/08/2012 e retornou ao abrigo após alta. Permanece em HD uma vez na semana e participa de Oficina de percussão na unidade. Sabe tocar violão, gosta de cantar, adora Amado Batista. Em seus delírios, quando em crise, refere comunicar-se com o cantor Luan Santana através da televisão, chegou a deixar de vir à oficina numa das crises, porque o Luan Santana estava com ciúmes dela por abraçar os demais participantes da oficina.

<sup>11</sup> Também conhecido como "peixe de briga", esse peixe da família dos Anabantídeos é originário da Tailândia. Seu nome vem de uma tribo de índios, onde os guerreiros eram chamados de "Bettahs". Essa associação se deve ao fato de os Bettas machos serem extremamente violentos, não podendo conviver com outros Bettas no mesmo aquário. Informações colhidas no seguinte site: <  
[http://www.petfriends.com.br/enciclopedia/esp\\_peixes/peixes\\_enciclopediabetta.htm](http://www.petfriends.com.br/enciclopedia/esp_peixes/peixes_enciclopediabetta.htm) > (acesso em:12/10/2014).

## Peixe-espada<sup>12</sup>

Menino-moço

Começou cedo usar um troço

Que degringolou em alteração

Aos vinte e cinco,

Chegou num serviço

Buscando atenção.

Sua queixa era insônia

Há seis meses agressivo

Ameaçador, expansivo

Só buscava proteção.

Chegou no hospital geral

Pois defensor pediu internação

Do hospital foi pro leito/CAPS

E do CAPS transferido

Para o Hospital, não o geral,

Foi removido.

### P.7. Caso do Peixe-espada

Data de nascimento: 10/12/1985. Início do tratamento: 26/02/2010 – primeira vez no Ambulatório de Saúde Mental, primeiro relato em 16/12/2010: “Chegou do trabalho, deixou a moto na rua, desapareceu 3 dias”. Queixa: Insônia. CID: F21, F22, F19. “Ficava falando de amigo falecido do tráfico”. – sic médico. Após 6 consultas médicas, sendo a última em 28/06/2011 e algumas faltas, em 21/09/2011 teria consulta médica, porém consta em prontuário que estaria internado no HMSV, já com pedido de vaga para internação no PAI. Em 02/09/2011, consta em prontuário pedido de relatório médico pela Defensoria Pública e em 10/01/2011 consta pedido do Poder Judiciário, seção de apoio administrativo à área de psiquiatria forense – pedido de comprovante de tratamento, informações sobre o CID e medicações. Peixe-espada havia passado por perícia psiquiátrica na seção de psiquiatria forense da 2ª Vara criminal da comarca de São Vicente. Em 26/09/2011, chega ao CAPS III para HI, proveniente do HMSV. Chegou ao HMSV com solicitação de internação em Hospital Psiquiátrico e segundo relatos do médico do HMSV, tentou atear fogo no banheiro e referiu ideação suicida. Veio acompanhado do pai que relatou: filho usuário de drogas desde os 14 anos, há 6 meses agressivo com familiares e destruindo utensílios em casa, ameaçando matar os pais. Em 02/10/2011 (6 dias após dar entrada no CAPS) é transferido para o PAI.

<sup>12</sup> **Hábitos:** costumam nadar em grandes cardumes. Caçam preferencialmente à noite, quando se aproximam de praias e costões com esse objetivo. Eles têm intensa atividade no cair da tarde e nas primeiras horas da noite. É um tanto "mal humorado", tentando sempre morder pescadores mal avisados. Site: <[http://www.vivaterra.org.br/peixes\\_salgada.htm](http://www.vivaterra.org.br/peixes_salgada.htm)> (acesso em 09/06/2014).

## Peixe-Fogueira<sup>13</sup>

Desde o nascimento  
 Uma marca no rebento  
 Nome do pai não consta  
 Naquele seu documento.  
  
 E de novo esta marca  
 Reproduzida foi em vida  
 Naquele seu prontuário  
 Relato pobre da história de vida  
  
 Chega para ‘internação’  
 Juiz lá determinou  
 Logo botou em mente  
 Que assim se cuida de gente.  
  
 Vários dias lá se ia  
 Permanecendo com sua tia...

### P.8. O caso do Fogueira

Data de nascimento: 26/02/1990. Não consta nome do pai no RG. Internação compulsória. CID: F19.5 (Informação consta no encaminhamento do CAPS AD para o CAPS III). Chega ao serviço acompanhado da tia, mediante ordem judicial. Agitação psicomotora, resistente à “internação”, contido pela equipe e medicado. É interditado, mora com a tia, que possui sua curatela. Permaneceu em HI de 27/09/2011 a 13/10/2011. “Paciente consciente, calmo, orientado, comunicativo, deambulando pela unidade... eliminação vesical presente e intestinal ausente no período”. (Sic prontuário). Não há mais informações sobre a história de vida anterior deste sujeito.

<sup>13</sup> Hábitos: espécie noturna que se agrega em volta de recifes de coral. Ocasionalmente encontrado nadando de cabeça para baixo. Site: <[http://www.vivaterra.org.br/peixes\\_salgada.htm](http://www.vivaterra.org.br/peixes_salgada.htm)> (acesso em 09/06/2014).

**Maria da toca<sup>14</sup>**

Lá pros idos de noventa	O marido falecido
Chega um pedido,	Esposa sozinha ficou
Uma tormenta	Os filhos dele tinham-se ido
Um marido não sabia	E a mulher pernambucana
Enfim o que esposa intenta	Fez do banco da praça sua cama
Foi ao CAPS pra dizer	Um Bom Conselho queriam dar
O que ele tinha que acolher	O CREAS tentou retirar
A senhora era estranha,	A mulher do seu lugar
Tinha parado de comer	
Retorno com a mulher	Muita indignação
Foi o que o CAPS pôde fazer	Esta história ali causou
	Toda a população
Tempo passou depressa	Ali depositou
Ninguém nunca viu a mulher	Sua reclamação
Duas décadas de espera	A prefeitura pediu
Pra sua dor perceber	Que agisse o seu 'dotô'!

---

<sup>14</sup> Características: A coloração varia muito, geralmente pálida, com manchas ou pontos escuros nas laterais, sendo capaz de trocar de cor de acordo com as condições ambientais ou ânimo: os machos podem chegar a lilás escuro e as fêmeas a amarelo intenso. Habitat: fundos rochosos até 25 m de profundidade. Site: [http://www.vivaterra.org.br/peixes\\_salgada.htm](http://www.vivaterra.org.br/peixes_salgada.htm)

Muita gente se iludiu  
 Querendo um diagnóstico lhe dar  
 Acontece que a mulher  
 Só lutava por um lar  
 Uma ferida ela tinha  
 E recusava em cuidar  
  
 Foi aí que seu juiz  
 A internação determinou  
 No CAPS ela ficou  
 Onde teimou em fiar  
 Muitas bolsas coloridas  
 Fez a equipe comprar.

#### **P.9. – Caso da Maria da toca**

Natural de Bom Conselho/ PE. A única informação no prontuário, de apenas uma folha, era a de que em 15/04/1996 o esposo da usuária procurou o CAPS em busca de orientação sobre a esposa (que não realizava tratamento). Referiu que ela tinha atitudes bizarras: lava a louça várias vezes, não se alimenta direito, toma muito café e fuma bastante. Não dorme direito, range os dentes, não está cozinhando mais e não come frutas, leite e verduras porque dizia que lhe fazia mal. Conduta: pedir para trazer a esposa e caso isto não ocorresse, foi feita promessa de visita domiciliar, porém não havia mais relatos em prontuário, até que em maio de 2011 (15 anos depois), o CREAS acionou o CAPS, solicitando verificar se Maria da Toca era, ou havia sido, usuária do CAPS, pois estava “residindo” na Praça do correio da cidade (no centro). Após a visita à praça, identificou-se, segundo a fala da mesma, que seu marido havia falecido há pelo menos 9 ou 10 anos, que ele tinha filhos, mas não teve filhos com a mesma. Após a morte do marido, os filhos dele ficaram com a casa e ela foi morar na rua. Estava com ferimento na perna, devido à erisipela. Resistente à abordagem. Equipe tentava aproximar-se quando foi emitido pedido de internação compulsória da munícipe. Casou-se aos 16 anos, marido tinha então 46 anos. Permaneceu em Hospitalidade Integral de 01/11/2011 a 07/12/2011 (pouco mais de 1 mês), após este período, foi abrigada no CREAS pop, onde permanece até hoje, mantendo comparecimento ao CAPS. (Observação: Hoje, maio de 2014, a usuária não mais frequenta o CAPS e continua abrigada).

### Peixe-Palhaço<sup>15</sup>

Dono de um estúdio próprio	Quando não se tinha
Achou logo substância	Aquela ‘brisinha’
Que como o ópio,	Passou a considerar
Tamanho sua ânsia	Que o furto lhe continha.
Rendesse em ócio.	Treze, quatorze anos,
	Era vida que se ia.
No estúdio, tatuador,	
Na vida de artista	Tentativas de encurtar
Encontrou o amor	Pela bamba corda
Mas nesta conquista	Ao pular
Cruzou com a dor	Esforço de acordar.
Na vida anarquista	
Encontrou em sua flor	
saída nada pacifista.	

---

<sup>15</sup> Os peixes-palhaço vivem em grupos no meio das anêmonas. As anêmonas são invertebrados que liberam substâncias altamente tóxicas para peixes e crustáceos. Contudo, há 10 espécies de anêmonas cujas toxinas não afetam os peixes-palhaço, pois eles possuem uma camada de muco que os protege. Esses peixes possuem uma relação de troca com as anêmonas. Eles vivem entre elas, onde ficam protegidos dos predadores, enquanto as anêmonas se alimentam dos restos de alimentos deixados pelos peixes-palhaço. Os casais de peixes-palhaço passam a vida toda juntos, morando na mesma anêmona. Todos os peixes-palhaço nascem machos, mas quando uma fêmea do grupo morre, podem eventualmente mudar de sexo. Para garantir a preservação da espécie, as glândulas do corpo do peixe passam a trabalhar de forma diferente e o animal troca de sexo. Quando isto acontece, a fêmea passa a dominar um grupo de machos. Informações encontradas no Site: <<http://www.aquariodesaopaulo.com.br/novo/index.php/peixe-palhaco>> (acesso em: 12/10/20140).

Juiz manda perguntar  
Se tratamento ainda fazia  
No CAPS permaneceu  
E a saída era facinha  
Logo, logo ele tratou  
De viver como queria...

**P.10. – Caso do Peixe-palhaço**

Data de nascimento: 13/04/1993. HI em 27/04/2010 foi encaminhado pelo CAPS AD ao CAPS III e reencaminhado ao CAPS AD logo após. Recusou-se a ficar na unidade, pois, segundo prontuário, “queria apenas reforçar o pedido de perícia”. CID: F19.5; F31. Em 23/02/2011, dá entrada novamente em HI, proveniente do HMSV. Em 24/02/2011 foi encaminhado ao PAI. Tatuador, família relata que Peixe Palhaço não gostava de cigarros, tinha um estúdio próprio. Iniciou uso de drogas incentivado por companheira em relacionamento amoroso. Após o uso de maconha/cocaína, passou a ter alterações do pensamento. Usuário conta que após namorada o deixar, passou a fazer uso de cannabis, cocaína e álcool. Início do uso de drogas, segundo ele, aos 13/14 anos, com pouca frequência. Em 2009, intensificou o uso e passou a furtar objetos. Relatos em prontuário de 3 tentativas de suicídio por enforcamento. Recebido ofício do PJ, com solicitação de informações sobre o usuário, se o mesmo ainda estava em tratamento médico (22/09/2011). Passou por triagem com médico no CAPS III e foi reencaminhado ao CAPS AD em 18/01/2012, desde então o CAPS III não tem mais notícias do usuário.

## Peixe Lua<sup>16</sup>

Baiano é o que ele é  
Sem pai no documento  
Mais um que ao relento  
Chega no sudeste  
Cabra da peste.

Sua queixa no início  
Seu comportamento era  
Incluía malefício  
De ficar na rua, pudera!

E este cordel  
Dá o mote  
De déu em deu  
Passou lá pelo Pixote\*!

Envolveu-se com substância  
Que altera compromete  
Retirava sua ânsia  
De viver como compete

Quantas vezes o Ministério  
Pedi avaliação  
A rede que existia  
Intentava proteção  
O juiz determinou  
A sua interdição.

Chegou ao CAPS um jovem  
Sua história em pedacinho  
O prontuário é uma nuvem  
Que se dissipa rapidinho  
Pobre do pesquisador  
Que enveredar neste caminho...

---

<sup>16</sup> Habitat: águas oceânicas, vivendo na coluna d'água (pelágico) desde a superfície até cerca de 600m de profundidade mas, ocasionalmente, podem ser encontrados perto da costa. Ocorrência: todo o litoral brasileiro. Hábitos: passa boa parte do tempo se alimentando em águas profundas, escuras e frias, costuma vir à superfície eventualmente em busca de águas mais aquecidas, onde pode ser auxiliado por outros peixes e até gaiivotas na remoção de seus parasitas da pele. Site: [http://www.vivaterra.org.br/peixes\\_salgada\\_4.htm](http://www.vivaterra.org.br/peixes_salgada_4.htm)

\* **Pixote:** referência à Casa Pixote que foi inaugurada por volta de 1992. Ficava em Santos, no bairro Campo Grande, na esquina da Rua João Caetano com a Teixeira de Freitas. Era uma casa ampla, com três ou quatro quartos. Na época, os meninos de rua faziam uso de cola de sapateiro - o crack não existia - e eventualmente de poeira. (Informações colhidas com antigo funcionário, já que não foram encontradas publicações sobre a experiência deste serviço).

### **P.11. Caso do Peixe-Lua**

D.N. 16/03/1980; Natural de Salvador/BA. Não consta nome do pai na Certidão de nascimento. Não alfabetizado. Chega ao serviço com 19 anos. Queixa: “alterações de comportamento e inadequações no trato com seus colegas de trabalho.” Na época residia com a mãe e 2 irmãos. Auxiliar de mecânico em oficina de autos, estudando no supletivo do ensino fundamental. Passou a princípio por avaliação psicológica e logo foi encaminhado ao psiquiatra. Há relatos de dificuldades com a figura materna, impulsividade, agressividade e sexualidade. Vínculo familiar presente, embora superficial. Relatos de invasões ao Batalhão da polícia por parte do usuário, perseguições a colegas da escola, pequenos furtos e uso de drogas. Na infância ficava na rua, esteve na Casa Pixote. Ficou em HI no CAPS em Julho/2002 (transferido após para o HP Américo Bairral); Depois passa pela HI do CAPS em: jan/2003; mar/2007; jul/2007; out/2011. Em set/2011, irmã assume a curatela. Embora muitas tentativas tenham sido realizadas para vincular Peixe Lua à unidade, ele mantém-se em situação de rua. Os relatos em prontuário informam que Peixe Lua passou por diversos serviços de SM do município e diversos profissionais, sendo que todas as avaliações pelas quais passou foram realizadas de forma pontual, sem que tenha sido dada continuidade ao tratamento, impossibilitando a compreensão global do caso. Em parte, esta situação se deu, devido à própria negação do usuário em comparecer aos atendimentos agendados e ao fato da família nunca ter conseguido oferecer continência. Houve parceria da equipe de acolhimento do CREAS Pop, que prontificou-se a encontrar Peixe Lua e trazê-lo à unidade, na presença de um familiar. Curadora relata que com o dinheiro que recebe do benefício de Lua (Loas), está providenciando a reforma do quarto do mesmo, que está sendo aterrado por encontrar-se em região de manguezal, porém o usuário não usufrui de seu quarto, por estar em situação de rua.

**Sororoca<sup>17</sup>**

Chegou com vinte e quatro  
 Única filha do casal  
 De Santos é natural  
 Foi casada  
 Teve uma filha  
 Trabalhava, era amada  
 E parou no CAPS da Ilha  
 Seu pai lembra o personagem  
 De Sorôco, sua mãe, sua filha  
 Mas no caso era a esposa  
 Que mantinha esta quadrilha  
 Sua mãe também fazia  
 Tratamento onde devia  
 Muitas crises conduziram  
 A mulé a perder a filha  
 Que ficava quase sempre  
 Com sua dinda-vizinha  
 Mais à frente esta perda  
 A fez querer sair da vida  
 Após morte de seu pai  
 Quem cuidava de mãe e filha?

Sua mãe era abrigada  
 Num lar particular  
 Então juiz quis saber  
 Se usuária podia cuidar

**P.12. O caso de Sororoca.**

Data de nascimento: 12/02/1972. Natural de Santos/SP Bairro em que reside: Parque São Vicente. Início do tratamento: 20/05/1996. CID F29/ F23.9/ F31. História de vida: Filha única, refere que começou a trabalhar aos 11 anos como balconista, ficou 3 meses e saiu. Depois ficou 5 anos também como balconista, tendo saído porque adoeceu. Trabalhou também como telefonista de telemarketing, onde permaneceu 3 anos, saiu novamente, desta vez para cuidar da mãe que ‘teve depressão’ (sic prontuário). Tinha um companheiro que a abandonou, tendo levado todos os pertences de Sororoca para a casa de seus pais. Tem uma filha. Relatos de familiares com transtorno mental. Há relatos de que também tinha crises convulsivas. O seu prontuário é marcado por várias lacunas, apões períodos de abandono de tratamento ou de internações. Ora era atendida no CAPS, ora era encaminhada ao ambulatório. Mãe sofria de esquizofrenia e no período em que prontuário foi consultado, sua mãe já residia em casa de repouso e recebia visitas da médica do CAPS. Histórico de tentativas de suicídio. Em relação à sua filha, no prontuário há informações de que durante o período das crises de Sororoca, a criança ficava com a vizinha, que também era madrinha da menina. Numa das tentativas de suicídio realizadas por Sororoca, em maio/2002, aparece como motivação o fato de sua filha não a aceitar mais como mãe. Passa por HI novamente de 14/12/2011 a 14/01/2012. O único cuidador da mãe de Sororoca e dela própria, era o pai, já idoso, que faleceu em julho de 2012. Foi quando o CREAS entrou em contato, solicitando informações sobre o caso e indagando se a usuária teria condições de agenciar/cuidar de sua mãe, abrigada no Lar de amparo ao idoso, o CREAS foi acionado pelo MP para responder se Sororoca teria condições de cuidar da mãe após o falecimento de seu pai. Devido a problema ortopédico e dificuldades de Solange em deambular, o CAPS fornecia medicações semanalmente em V.D. à casa de Sororoca. Nova lacuna, retorno em consulta médica, desta vez no ASM, para o qual foi transferida, em Março/2013.

<sup>17</sup> Peixe da família das cavalas. Costuma formar cardumes à procura de peixinhos. É muito rápido e voraz. Pode chegar a mais de 5 kg, embora a média fique entre 1 a 3 kg. Atacam muito bem iscas artificiais. Site: <[http://www.vivaterra.org.br/peixes\\_salgada.htm](http://www.vivaterra.org.br/peixes_salgada.htm)> (acesso em: 09/10/2013).

## 5. ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

### 5.1. Os prontuários revelam...

O que percebemos nesta análise é que os prontuários em sua maioria continham informações básicas sobre os usuários, a história de vida continha um relato pobre, em detrimento dos relatos da enfermagem acerca da administração de medicações e dos sinais vitais dos usuários em HI, e raros eram os relatos de participação em grupos, ou atendimentos individuais realizados por demais técnicos. Tal percepção, assim como apontam Mesquita e Deslandes (2010), pode estar indicando, entre outros fatores, o esgotamento de um modelo, cujos objetivos destoam da lógica da humanização proposta pelo SUS e revela a dissonância entre os Conselhos de Ética dos profissionais envolvidos, no que se refere ao sigilo profissional.

Ficou evidente que usuários que possuíam uma referência técnica de atendimento no serviço tinham um prontuário com mais dados sobre história de vida, como a relação com a família, com o trabalho, namorado(a), amigos, vizinhos. No artigo de Mesquita e Deslandes (2010) constatou-se que no local pesquisado por eles, alguns profissionais detinham informações privilegiadas dos casos em anotações feitas em cadernos ou agendas, em detrimento da função do prontuário, ferramenta que serve para facilitar a comunicação entre os diversos profissionais que compõem uma equipe multidisciplinar (MESQUITA; DESLANDES, 2010).

Alguns dados como escolaridade, membros da família e relação com os mesmos foram constantemente omitidos nos prontuários, assim como não aparecem, a não ser de forma pontual, os relatos dos atendimentos dos técnicos de referência. Estas inferências acerca dos prontuários são também apontadas em outros estudos como, por exemplo, a falta de padronização, a escolha subjetiva de cada profissional pelo que seja relevante e passível de anotação e pontos positivos e negativos advindos desta escolha subjetiva, como a flexibilidade e riqueza de anotações, ou a limitação de exposição de dados sobre o paciente. (MOREIRA; ANDRADE, 2003).

Mesmo com um relato sucinto da história de vida dos sujeitos, foi possível apreender sutis informações dentre as páginas por vezes desordenadas que dizem mais sobre a

organização do serviço que dos próprios sujeitos. A seguir, partiremos para a análise dos dados colhidos em prontuário, nos livros de plantão e pastas virtuais de arquivos da unidade. Começemos pelos quadros:

**Quadro 1 – Indicadores de usuários em hospitalidade integral por ano.**

<b>Usuários que estiveram em Hospitalidade Integral entre 2011 e 2012</b>		
	<b>Quantidade mensal de usuários</b>	
	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Janeiro	13	7
Fevereiro	12	6
Março	6	9
Abril	11	10
Maio	15	9
Junho	7	7
Julho	10	8
Agosto	8	8
Setembro	5	4
Outubro	8	6
Novembro	8	5
Dezembro	7	2
<b>Total</b>	110	81
<b>Total geral</b>	<b>191 usuários</b>	

**Quadro 2 – Processos respondidos pelo CAPS III**

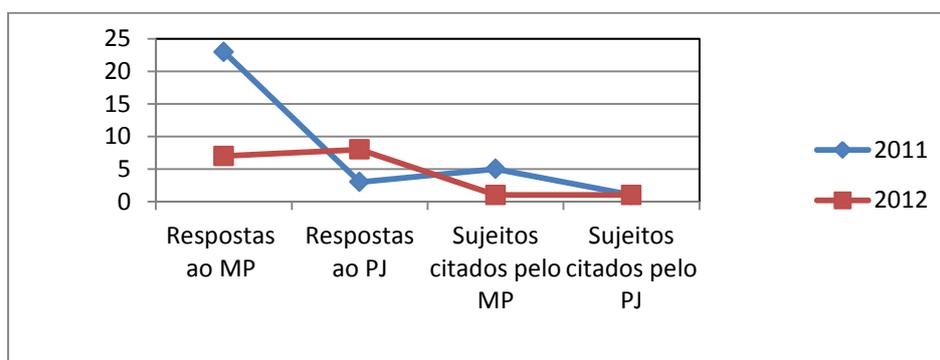
<b>Processos respondidos pelo CAPS III</b>			
	2011	2012	Total
MP	23	7	30
PJ	3	8	11
DP	0	0	0
Denúncia MP	0	1	1
<b>Total</b>	26	17	<b>43</b>

A análise dos quadros 1 e 2 revela que em 2011 foram emitidas 23 respostas de ofícios ao MP e 3 respostas ao PJ. Das 23 respostas ao MP, observamos que 2 delas tratavam do assunto “Internação Psiquiátrica Involuntária” e eram referentes a um mesmo usuário e sujeito da pesquisa (Boto), que permaneceu em HI por 2 períodos em 2011. Destes ofícios, 6

deles tratavam de usuários que permaneceram em HI na unidade, 3 ofícios remetiam também a um mesmo usuário, que não entrou como sujeito da pesquisa, pois não passou por HI no período. Outras 2 respostas eram também referentes a um mesmo usuário, (Peixe Lua), sendo o assunto: “Ajuizamento de interdição/Internação Compulsória”. Quanto ao PJ, dos 3 processos, 2 envolviam usuários que passaram pela HI no serviço (Beta e Maria da Toca). Em síntese, das 23 respostas ao MP, 3 delas referiam-se a sujeitos da pesquisa e das 3 respostas ao PJ, 2 mencionaram um sujeito da pesquisa.

Quanto ao ano de 2012, dos 7 processos referentes ao MP, 4 tratavam de usuários que passaram pela HI na unidade (Beta, Peixe Lua, Sororoca e Marlim Azul). Em relação ao PJ, encontramos 8 processos, dos quais 4 deles versam sobre nossos sujeitos (Peixe Donzela, Peixe Palhaço, Peixe Lua e Baiacu). Além disso, cruzando-se os dados entre os quadros 1 e 2, chegamos no seguinte gráfico que revela a correlação entre processos emitidos e sujeitos da pesquisa envolvidos nos processos.

Gráfico 1



Embora o gráfico acima demonstre uma discrepância entre os processos emitidos e os sujeitos da pesquisa envolvidos nestes processos, cabe salientar que o momento em que os sujeitos foram mencionados por instâncias jurídicas, nem sempre coincidiu com o momento em que permaneceram em HI no CAPS III. Desta forma, os sujeitos desta pesquisa, em algum momento nos anos analisados (2011 e 2012), passaram por algum indicativo de judicialização, conforme o quadro a seguir:

Sujeit.	Período H.I.	Idade*	Sexo	CID	Origem HI	Escola	Tempo de tratam.***	Transf.	Situação Atual
<b>Garoupa</b>	17/01/2011 a 28/01/2011	86 anos	F	F 20	Após pedido de avaliação MP	Sem informação	0		Clínica de repouso
<b>Baiacu</b>	14/08/2012 a 15/09/2012	66 anos	M	F 23.9	Internação Compulsória	Sem informação	0	PAI	Clínica de repouso
<b>Peixe-Donzela</b>	03/12/2011 a 16/12/2011	31	F	F 20.0	Avaliação médica/CAPS	Ensino médio completo	15 anos		CAPS III
<b>Marlim Azul</b>	30/05/2011 a 12/07/2011	44	M	F 20	Hospital Municipal	Sem informação	3 anos		CAPS III
<b>Boto</b>	18/07/2011 a 21/07/2011	19	M	F 23	Após pedido de avaliação MP	Fundamenta I completo	Sem informação	PAI	CAPS III
<b>Boto</b>	23/08/2011 a 19/09/2011		M	F 23.9					
<b>Beta</b>	09/02/2011	51	F	F 20	Após pedido de avaliação MP	Ensino médio completo	0	PAI	CAPS III/ Abrigo
<b>Beta</b>	12/07/2012 a 01/08/2012			F 20	Avaliação médica/CAPS				
<b>Peixe-espada</b>	27/09/2011 a 13/10/2011	21	M	F 19.5	Pedido/aval. Defens. Púb.	Sem informação	1 ano	PAI	Sem informação
<b>Fogueira</b>	26/09/2011 a 07/10/2011	16	M	F19 F21 F22.	Internação Compulsória	Sem informação	Sem informação	PAI	Sem informação
<b>Maria da Toca</b>	01/11/2011 a 07/12/2011	55	F		Internação Compulsória	Sem informação	0		CAPS III/ CREAS Pop
<b>Peixe-palhaço</b>	23/02/2011 a 24/02/2011	18	M	F 19 F31	Hospital Municipal	Sem informação		PAI	CAPS AD **
<b>Peixe-Lua</b>	01/12/2012 a 01/12/2012	32	M		Família/ MP	Fundamenta I incompleto/ não alfabetizado	13 anos	PAI	Recluso
<b>Sororoça</b>	14/12/2011	39	F	F 31	Encaminhada pelo Amb. SM	Sem informação	16 anos		Amb. S.M.

\*Idade na época do primeiro período em Hospitalidade Integral, entre os anos citados.

\*\* Usuário encaminhado ao CAPS AD após alta do PAI, porém não há informações se mantém tratamento.

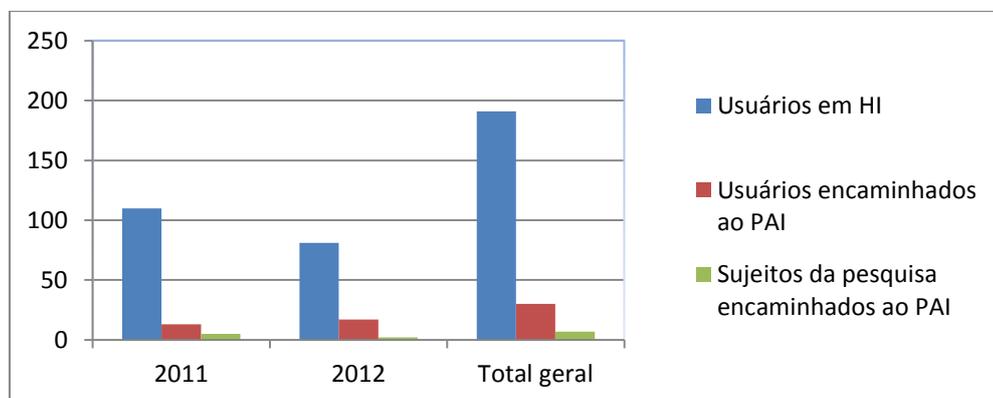
\*\*\* Considerado o tempo de tratamento no momento do processo de judicialização.

Desta forma, cruzando-se os dados da quantidade de usuários em HI e das demandas e quantidades de processos do MP e PJ, chegamos a 12 sujeitos citados por estas instâncias e dentre estes, 6 sujeitos permanecem na rede de saúde mental do município, conforme citamos anteriormente. Estes sujeitos chegam ao serviço caracterizados pela demanda de atenção à crise. Cabe ressaltar, que destes 6 sujeitos, 5 (Maria da Toca, Marlim Azul, Boto, Beta e Peixe Donzela) permanecem sendo assistidos pelo CAPS III e 1 (Sororoca) realiza tratamento hoje no Ambulatório de saúde mental.

Podemos perceber que 9 dentre os 12 sujeitos possuem CID relacionado a algum tipo de transtorno psicótico, 2 possuem diagnóstico de transtorno bipolar, 3 estão diagnosticados com transtorno decorrente do uso de substâncias psicoativas e 2 não possuem um diagnóstico preciso no prontuário.

Nos períodos em que estiveram em Hospitalidade Integral, 7 dos 12 sujeitos foram encaminhados ao Polo de Atenção Intensivo (PAI). O que levanta questões para pensar como tem sido realizada a atenção à crise nos CAPS III. Conforme indica o gráfico 2:

Gráfico 2



As transferências ao PAI nos permite analisar a forma com a qual o CAPS tem lidado com a crise, aspectos que serão mais bem observados na análise das entrevistas, no entanto, pontuamos aqui dados gerais dos encaminhamentos ao PAI nos anos de 2011 e 2012: foram 191 sujeitos que passaram pela HI, e destes, 30 foram encaminhados ao PAI, 13 em 2011 e 17 em 2012.

O quadro 3 ainda revela que, apesar das transferências ao PAI, dos 7 sujeitos encaminhados, 2 permanecem no CAPS III, sendo acompanhados. Dentre os outros 5 usuários que foram transferidos ao PAI, apenas 1 possuía vínculo anterior com o CAPS III, mesmo que frágil, enquanto que 1 deles (Boto) após constituir vínculo com o serviço através da HI, permaneceu na unidade realizando tratamento.

Cabe dizer aqui que Boto ficou, de 18 a 21 de julho/2011 no CAPS III (como mostra o quadro 3), porém um dado não contemplado no quadro e colhido em documentos oficiais, mostra que de 21 de julho a 3 de agosto/2011 ele permaneceu no PAI, indo após alta fazer triagem no CAPS II Infantil e sendo readmitido para HI em 23/08 (apenas 20 dias depois da alta do PAI), permanecendo até 19/09/2011. Somente em 22/09/2011 o CAPS recebe pedido do MP de laudo médico psiquiátrico circunstanciado a fim de avaliar a necessidade de internação involuntária em conformidade com a Lei 10.216/01. O caso de Boto será visto mais detalhadamente na análise das entrevistas.

Dos 12 usuários citados, apenas 3 (Peixe Donzela, Peixe Lua e Sororoca) possuíam algum tipo de vínculo com o CAPS III. Um realizava tratamento no próprio CAPS III, outro, apesar de já ter passado pelo CAPS III, estava realizando tratamento no ASM, quando foi solicitada HI. E o terceiro (Peixe Lua) estava em abandono de tratamento e em situação de rua.

Seguindo esta lógica, 5 dos sujeitos citados eram assistidos em uma unidade de saúde mental do município, destes, 1 era acompanhado pelo CAPS II Infantil (Boto) e 4 deles pelo ASM. Interessante notar que dentre estes 4 atendidos no ASM, 2 possuíam transtorno decorrente de substância psicoativa, 1 foi “internado” compulsoriamente (Peixe-espada), 1 “internado” com respaldo da Defensoria pública (Fogueira) e o outro (Peixe Palhaço) foi encaminhado pelo Hospital Municipal ao CAPS III, por estar em surto psicótico e estava em abandono de tratamento no CAPS AD. Dentre os 12 sujeitos, 3 foram internados compulsoriamente, 2 deles, (Peixe-espada e Fogueira) com histórico de uso abusivo de psicoativos. Um já realizava tratamento em ASM, e outro (Maria da Toca) teve internação determinada por juiz por habitar em praça pública e estar com a saúde comprometida também por uma questão clínica.

O processo saúde/doença dentro dos jargões judiciais é comumente desconsiderado ou até mesmo banalizado, para dar lugar à norma, ao ideal. São exigidas respostas rápidas, quase que instantâneas, para problemas tão complexos. Sujeitos que não

encontram lugar (seja físico ou subjetivo) em seus próprios lares, nas instituições (escolas, abrigos...), nas ruas (vide caso da desocupação da área conhecida como Cracolândia em São Paulo, capital)<sup>18</sup>, acabam “transformando-se” em ofícios que lotam as gavetas do Poder Judiciário e Ministério Público.

Para visualizar melhor cada situação que gerou algum tipo de demanda dos mecanismos de justiça, temos os quadros a seguir:

**Quadro 4: Origem da judicialização 2011**

	Solicitações 2011	
Sujeitos	MP	PJ
<b>Garoupa</b>	“...requisitando urgentemente a disponibilização de tratamento de saúde adequado para a recuperação da saúde da referida idosa, à idosa nos termos do art. 45, Inciso III da lei 10.741/03, bem como realização de visita domiciliar com avaliação psicossocial.” (pedido iniciado em 2010).	
<b>Marlim Azul</b>	“Apuração de necessidade de interdição”.	
<b>Boto</b>	“Laudo médico-psiquiátrico circunstanciado sobre o caso, nos termos exigidos no artigo 6º da lei 10.216/01, no qual deverá constar expressamente se o paciente necessita de internação psiquiátrica”. (3 ofícios)	
<b>Beta</b>	Origem do pedido de avaliação pelo MP em 2010.	
<b>Peixe-espada</b>		“Informações sobre o CID e medicações” – pedido da seção de psiquiatria forense do PJ, pela qual o usuário passou.
<b>Fogueira</b>		“Internação Compulsória”
<b>Maria da Toca</b>	“Avaliação das condições de higiene do local”. (Pedido à Vigilância Sanitária).	“...providenciar a internação compulsória da referida em estabelecimento médico e/ou psiquiátrico a ser providenciado pela Prefeitura Municipal de São Vicente, a qual também deverá diligenciar para obter laudo médico confirmando a necessidade da internação”.
<b>Peixe-palhaço</b>		“Informar a este juízo se o autor supra mencionado ainda encontra-se em tratamento médico, tendo em vista que o mesmo ficou internado nesse hospital para tratamento, com diagnóstico persecutório, a fim de instruir aos autos em epígrafe”.

<sup>18</sup> No dia 09/01/2012, a Polícia Militar do Estado de São Paulo, efetua ação de desocupação da área conhecida como Cracolândia, no centro da capital do Estado. “PM dispersa usuários de crack com bombas e tiros – Policiais e seguranças passam a noite tentando liberar ruas da Cracolândia”- esta é a chamada de uma das matérias do Jornal “A Folha de São Paulo”, neste mesmo dia.

<b>Peixe Lua</b>	“Prática de abandono/ajuizamento de interdição ou interdição compulsória”.	
------------------	--	--

**Quadro 5: Origem da judicialização 2012**

Sujeitos	Solicitações 2012	
	MP	PJ
<b>Baiacu</b>	Ação de interdição: “Seja decretada a interdição do requerido, sendo seu filho nomeado como curador provisório e posteriormente definitivo.”	“Ação de internação compulsória com interdição”.
<b>Peixe-Donzela</b>		“Ação: Nulidade e anulação de casamento.”
<b>Beta</b>	“Ação de interdição c.c. pedido de internação compulsória e antecipação de tutela”.	“Ação de interdição c.c. pedido de internação compulsória e antecipação de tutela”.
<b>Sororoca</b>	Pedido de avaliação médica a fim de avaliar capacidade de auto gerir atos da vida civil.	

## 5.2. Análise das entrevistas: Caiu na Rede é louco?

De alguma forma, os sujeitos desta pesquisa já foram apresentados através dos cordéis e para fins de análise das entrevistas concedidas por três sujeitos, os rerepresentaremos de forma sucinta aqui:

Boto tem 19 anos, solteiro, reside com mãe e padrasto e mora próximo à irmã. Peixe-Donzela tem 31 anos, é divorciada, mora com a mãe e o irmão, pais são separados. Beta tem 51 anos, separada, é nordestina e mora num abrigo municipal, não tem contato com parentes.

Boto e Peixe-Donzela são jovens, iniciaram tratamento pós Reforma Psiquiátrica. Boto, foi “internado” compulsoriamente, dando continuidade desta forma ao seu ‘tratamento’ iniciado no CAPS infantil e Donzela, 31 anos, começou a ser atendida no CAPS no ano de sua inauguração, quando o serviço ainda era chamado de “Programa”, tinha então, 15 anos. Não precisou ficar “internada”, mantinha, porém, acompanhamento psicológico, psiquiátrico e fazia uso de psicotrópicos, tendo ficado em HI (no CAPS III) apenas após sua primeira crise. Beta já tinha mais de 40 anos quando foi encaminhada ao CAPS, porém devido à falta da presença de familiares e resgate do seu histórico, não foi possível identificar se a mesma já havia passado por atendimento psiquiátrico em sua terra natal.

As entrevistas foram realizadas e transcritas e três sujeitos concordaram em participar das entrevistas, assinando o TCLE. Segundo Bardin (2011), a análise de conteúdo é

um conjunto de técnicas e as maneiras de analisar conteúdos e materiais de pesquisa variam muito. Neste estudo, como já explicitado, utilizaremos a análise temática.

No início da entrevista, os três sujeitos já esboçam certa estranheza em relação ao que fazem no serviço e porque foram encaminhados. Com exceção de Peixe Donzela, que aparentemente entende porque está no CAPS. Esta estranheza é preocupante, pois pode revelar que o real motivo do acompanhamento aos usuários feito pelo CAPS não tem sido discutido com o próprio usuário e esta questão será abordada na análise.

Neste capítulo, teceremos análises a partir da fala e do olhar dos usuários sobre sua própria condição, o lugar que a instituição, a família, as instâncias jurídicas, e enfim, as diversas redes ocupam na vida cotidiana destes sujeitos.

### ***5.2.1. O lugar da instituição***

A complexidade de moldar, construir ou “cavucar”, outro lugar para a loucura, coloca-nos (trabalhadores da área da saúde mental) por vezes, na posição de “ter que dar conta” dos grandes desafios que se impõem cotidianamente nos serviços. Por outro lado, a lógica estabelecida pela dicotomia saber versus poder nos impele ao discurso do especialista, logo, tudo seria resolvido pelo profissional do CAPS, porque teoricamente, este já saberia o que fazer. Consequentemente, tal saber lhe daria poder para atuar e mudar a realidade que bate à sua porta, ou lhe chega em forma de ofício via correio.

Segundo Yasui, a lógica é justamente outra e muito mais complexa do que imaginamos:

A racionalidade moderna, encarnada no gesto de Pinel, retirando os grilhões, também se ergueu como a libertadora dos loucos. Eis um grande desafio: construir um lugar que não borre os limites, homogeneizando; não domestique ou dome a loucura, retirando dela sua potencialidade de disrupção. Ao contrário, construir um lugar em que essa radical diferença da desrazão possa habitar em toda a sua plenitude provocativa, permeável e porosa a um estranho diálogo com a nossa racionalidade “careta”, mas sem a qual ainda não sabemos direito como viver. Construir este lugar implica e significa nos reinventarmos na relação com esse novo lugar. Pensar, sentir e viver de forma diferente, intensamente diferente. (Yasui, 2006, p. 121).

Pensando na construção deste novo lugar para a loucura, é primordial pensar no lugar que o CAPS, e mais especificamente o CAPS III, ocupa enquanto modelo de serviço dentro da lógica da Atenção Psicossocial.

Arriscamos pontuar que um dos maiores desafios impostos nos dias atuais na área de saúde mental é a questão da judicialização da saúde mental. Talvez por ser este setor, o judiciário, o órgão normatizador por excelência, o que busca reestabelecer a ordem. Temos ainda poucos trabalhos que pesquisam a aproximação, ou a interlocução dos CAPS com os mecanismos de justiça. Estamos, portanto, num terreno minado, onde de um lado, temos a loucura – ou a suposta subversão da ordem e de outro o Poder Judiciário, o Ministério Público, enfim, a Lei.

Durante um período, vivemos em uma sociedade, nomeada por Foucault de Sociedade Disciplinar, marcada pela docilização dos corpos. Em linhas gerais, Foucault afirma que a disciplina tenta definir as multiplicidades, segundo uma tática de poder que responde a três critérios:

Tornar o exercício do poder o menos custoso possível (economicamente, pela pouca defesa que acarreta; politicamente, por sua discrição, sua fraca exteriorização, sua relativa invisibilidade, o pouco de resistência que suscita); Fazer com que os efeitos desse poder social sejam levados a seu máximo de intensidade e estendidos tão longe quanto possível, sem fracasso, nem lacuna; ligar enfim esse crescimento “economia” do poder e o rendimento dos aparelhos no interior dos quais se exerce (sejam os aparelhos pedagógicos, militares, industriais, médicos)... (FOUCAULT, 1987, p.179,180).

Já Deleuze (1992) descreve uma outra sociedade que surge na atualidade: a sociedade de controle. Esta introduz códigos, marca muito mais sofisticada e penetrante que o confinamento. Transpondo esta questão para as instituições como os manicômios, podemos exemplificar uma instituição imbuída de toda uma lógica disciplinar. É preciso, portanto atentar para o que Deleuze (1992) pontua como a passagem de uma sociedade disciplinar a uma sociedade de controle.

Em contrapartida, a produção de “um outro” lugar para a loucura não se deu “apenas” pela questão da desumanização vista dentro dos manicômios, mas marcou o estabelecimento de novas formas de atenção: Hospital-dia, Medicação Assistida, Atendimentos em grupo, Atenção familiar, todas estas, apesar de estratégias de cuidado, que visivelmente promovem melhoria da qualidade de vida da maior parte dos casos, promovem também um controle dos corpos. Segundo Deleuze:

“Por exemplo, na crise do hospital como meio de confinamento, a setorização, os hospitais-dia, o atendimento a domicílio puderam marcar de início novas liberdades, mas também passaram a integrar mecanismos de controle que rivalizam com os mais duros confinamentos” (DELEUZE, 1992, p.220).

Controle este, com o qual temos de nos preocupar. No entanto, os apontamentos acima são apenas um contraponto para fazer pensar o que temos chamado de *cuidado*, é, portanto, este aspecto, e a retomada desta noção que pretendemos abordar neste trabalho. A judicialização encarada como uma forma de controle pode na verdade estar alertando para o esvaziamento das práticas de cuidado presentes no conceito de Reabilitação psicossocial ou Modo Psicossocial como veremos mais à frente.

Entendendo que o assunto a ser tratado neste trabalho seria bastante delicado, o roteiro da entrevista semiestruturada já previu uma rota de fuga sugerindo uma questão sobre abandono de tratamento. Durante a observação participante, notamos que pessoas em sofrimento mental acompanhadas pelo equipamento, muitas vezes abandonam o tratamento por inúmeras razões, é neste momento, dentre muitos outros, que uma crise pode ser anunciada. Consequentemente, esta questão, que não foi produzida à toa, objetivou encontrar rotas para entender o momento em que se deu a crise que possa ter originado uma intervenção do MP ou PJ.

Sobre as causas deste abandono, Boto revela:

“Porque, tinha vez, que eu me sentia como se fosse uma depressão, uma... sensação ruim, que sentia era anoitecer, assim, não todos os dias, mas era assim, dava em volta de umas sete horas, sete... até antes ... aí já começava, dá uma sensação, um negócio que eu não consigo explicar, que aí eu não conseguia mais nem conversar. Eu queria só me trancar no quarto, ficar lá deitado na cama...” (BOTO).

Boto contou também que parou de usar as medicações prescritas por um tempo, porque pensou que os sintomas relatados acima tinham haver com a medicação:

“Lembro, ainda, até pouco tempo... Ainda me dá isso... eu falei com a Doutora, falei: Doutora, eu acho que é por causa da injeção. Aí ela falou, ela falou: Vou diminuir. Aí ela diminuiu, mas, só que aí, ainda continua... tem vez que eu tô meio assim, eu não sei explicar o que é essa sensação, eu só sei que é um negócio ruim que dá, antes eu pensava que era o remédio, aí eu parei de tomar o remédio” (BOTO).

Relata que ficou dois meses sem o remédio e neste período não lhe aconteceu nada, ficando bem sem a medicação. Questionado sobre o que o havia feito voltar ao uso afirma:

“Minha mãe... minha mãe, ela falou: Ó, se você não tomar eu vou te abandonar! Você tem uma doença, você tem que tratar, falou... você vai se libertar disso, mas

primeiro tem que se tratar, você procurou... aí eu caí na consciência, aí eu... mas eu vinha tomar injeção aí eu vi que era a injeção, não era nada a ver com o remédio” (BOTO).

Na fala de Boto, o abandono do uso da medicação é colocado no mesmo patamar do abandono do usuário por parte de sua mãe, caso ele não tome o remédio. A medicalização desta forma ocupa o lugar da própria instituição, ou o lugar de controle dos corpos, sendo encarado como premissa máxima para a “cura”, conforme aponta Costa-Rosa, 2013: “Atualmente, a oferta característica da ciência (via medicina mental), para o sofrimento psíquico consiste nos psicofármacos, que lhe faz as principais honras da casa. Aí se pode verificar o rebaixamento do corpo ao organismo, tomado como metonímia do sujeito” (p. 110).

Beta, por sua vez, diz que nunca abandonou o tratamento e justifica:

“Porque ele (médico), falou, porque eu perguntei qual era o motivo que eu tava tomando remédio. Ele disse: esse remédio seu, você tá tomando remédio, é antipsicótico, quer dizer que se caso tivesse que acontecer alguma coisa, já não ia me acontecer, nenhum tipo de doença” (BETA).

É importante lembrar que Beta não era acompanhada por nenhum CAPS em São Vicente e não tinha sequer histórico de internação psiquiátrica no município, tendo chegado ao serviço após pedido de atendimento do MP. Ou seja, seu encaminhamento ao CAPS deu-se devido uma crise a primeira do qual o CAPS teve conhecimento através de intervenção do MP.

Peixe-Donzela, diz que nunca abandonou o tratamento, *só uma vez*: “*Eu só... eu só não quis uma época tomar remédio! Aí a médica me internou, mas aí depois, só foi essa vez também, das outras vezes, eu tomava normalmente.*” Conta que não quis mais tomar remédio por achar que não precisava, mas depois percebeu que era melhor tomar. Refere que quando cessou o uso das medicações “*entrou em crise*”:

“É, começou a me dar tristeza, aí eu já tava com problemas no casamento, aí começou a dar tristeza, muita tristeza, aí eu entrei em crise! Ah, eu comecei a falar, eu tava deitada na cama, e eu comecei a falar pro meu esposo que não tinha esposa, que tinha falecido que não tinha nada a ver! E falava só besteira, só coisa que não tinha nada a ver!” (PEIXE-DONZELA).

Estes relatos mostram o quanto a permanência no tratamento passa pela questão da medicação, ou mesmo, mais uma vez, o quanto a medicação é ainda considerada a parte mais importante do cuidado. Esta observação talvez demonstre que a fala dos usuários sejam um reflexo da oferta do CAPS. Afinal, o que os CAPS têm ofertado? Nas falas de Boto e Donzela, a tristeza se apresenta como principal fator desencadeante da escolha por não utilizar

mais as medicações, no entanto, esta fala era desconsiderada como se a medicação em si detivesse a cura para todos os males, seja na visão da família, que insistia no uso do medicamento pelo usuário, seja na fala dos profissionais, relatadas pelos usuários.

Outro analisador que vêm arraigado ao modelo médico-centrado, é a força com que a noção de “remédio-cura” é propagada. Aparece na cena de Boto e sua mãe e nos diálogos de Beta e Peixe-Donzela entre seus respectivos médicos assistentes. Aqui cabe lembrar que dificilmente a medicina deixará de ser associada à administração de medicações, o problema apontado é outro: o não aparecimento de práticas de *cuidado* e Reabilitação Psicossocial que transcendem o simples uso de psicotrópicos e podem auxiliar inclusive na relação dos usuários com os mesmos. Podemos inferir aqui, que a medicalização tem se sobressaído à lógica da Reabilitação Psicossocial.

Notemos também que cada usuário tratou de lidar com esta questão à sua maneira: Boto foi influenciado por sua mãe, Beta por seu médico e Donzela percebeu-se após sua experiência de crise, como alguém que pode ser beneficiada do uso de psicotrópicos.

A seguir, discutiremos o lugar que a “internação” ocupa dentro da instituição. Os usuários entrevistados contaram suas experiências de internações e “internações”, segundo Boto, ele passou por duas “internações”, numa delas (refere ter sido no CAPS III), conta que fugiu:

“É... ah, comecei a achar meio estressante ficar só num lugar só... acostumado né, a nossa casa, aí eu peguei, e dei fuga... fui embora pra casa, aí chegando lá, minha mãe ligou pra eles vim me buscar de novo. Foi a polícia, a ambulância, aí vim pra cá [CAPS III], não queria mais ficar aqui, aí eles me levaram pra outro, lá em Santos, o PAI. Aí eu fiquei lá 15 dias, aí foi quando eu pus na minha cabeça, que eu queria fazer o tratamento, aí eu comecei... e desde lá eu... tô até hoje, aqui...aí eu fui internado aqui, e lá no PAI” (BOTO).

Acerca do cuidado territorializado, ou seja, da corajosa proposta de oferecer espaços de cuidado rompendo os muros do Hospital Psiquiátrico, Boto denuncia o quanto complexa é esta tarefa e mostra em sua fala que os dispositivos existentes ainda são insuficientes. Mais do que isto, talvez não estejamos falando de insuficiência apenas, ou tão somente de uma questão quantitativa, mas de uma insuficiência de não apropriação da máxima Basagliana, de tirar a psiquiatria do centro e deixar emergir o sujeito. Pois para oferecer atenção à crise em espaços extra-hospitalares, é preciso uma mudança de paradigma, difícil de ser concretizada como ilustra a citação a seguir:

O circuito psiquiátrico, que contava apenas com o hospital psiquiátrico, caminhou em direção à articulação de um modelo operativo mais complexo, mais aperfeiçoado, rico de múltiplos momentos, porém não se modificou absolutamente o modelo cultural de referência. Todas as práticas que foram desenvolvidas continuaram, de fato a propor espaços separados de intervenção e a fragmentarem ofertas terapêuticas a resposta à necessidade de ajuda e de apoio. Determinou-se uma paradoxal desproporção entre a oferta dos serviços, algumas vezes abundantes e diversificados, e a possibilidade de usufruto destes mesmos serviços. (DELL'ACQUA; MEZZINA, 1991, p. 54).

Ainda sobre a experiência de Boto, lembremos que sua internação foi solicitada pelo MP, devido ao uso de psicoativos. Esta questão será analisada mais adiante. A seguir, Boto relata que antes de vir para o CAPS, passou pelo pronto socorro do Hospital Municipal para tomar soro:

“Acho que porque eles passaram uns remédios pra desintoxicar o corpo. Eu acho que era pra isso, eu não tenho certeza, por que o início da... do tratamento foi lá...lá eles me amarravam, que eu fugia também, aí ficava amarrado tinha que, minha segunda cunhada, pra me dar comida...aí, fiquei lá...” (BOTO).

Sobre o motivo da internação, afirma:

“Porque eu tava muito, como eu posso dizer? Tava muito... fora do controle, não tinha mais... tava muito estressado brigava com a minha mãe, estressava quando as pessoas passava na rua, já pensava que...tava falando de mim, que era comigo que elas tava falando...aí... sim... qualquer lugar que eu ia, eu pensava que as pessoas tava tirando sarro de mim! Aí...às vezes continua assim o stress... quando eu tô passando assim, que vem uma pessoa, para na frente, que esbarra em mim, aí eu ainda fico meio...meio irritado com isso, mas, de boa, já aprendi a relevar” (BOTO).

Na fala acima, o usuário retoma a questão da simplificação de sua *existência-sofrimento* ao sintoma e abaixo, considerações pertinentes a esta mesma fala:

As etapas que o cidadão deve cumprir, as idas e vindas, a rigidez dos vários pontos do sistema ou do circuito, não apenas não resolvem bem, como, com frequência, determinam a emergência da crise. Uma vez que não está em condição de reconhecer o sujeito como uma entidade complexa, o sistema tende a reduções e simplificações progressivas (DELL'ACQUA & MEZZINA, 1991, p. 54).

Quando Boto relata sua internação, afirma que foi a *sua mãe* quem o internou:

“É primeiro eu fui direto pro... CREI, primeira vez que minha mãe me internou, eu fui direto pro CREI, aí do CREI eu vim pra cá, ficar aqui, aí eu fugi, aí minha mãe ligava pra ambulância vir me buscar”. (BOTO).

Relacionado ao relato de Boto, encontramos ressonâncias em Castel, 1978: “Em primeiro lugar, o hospital é o último e o mais discutido grau de um dispositivo mais geral de luta contra os riscos sociais provocados pela miséria e pela doença”. (p.45).

Sobre o tempo para conseguir vaga de internação, relata ter sido rápido: “Foi rápido! Só tive que fazer lá, o tratamento no CREI, de tomar... tomava uma injeção, tomava

soro, mas só foi esse tempo, mas foi rápido. Mas, em pouco tempo, eu já tava aqui! Foi rápido demais”.

Sobre quem solicitou a internação diz:

“É, foi a minha mãe, através da minha prima... minha prima falou pra ela, que a minha mãe podia me interditar e me... me internar né? Porque eu usava droga... foi quando minha mãe pôs na cabeça né? Mas a minha mãe só queria me ajudar! Aí ela me internou, que eu já não tava mais em casa, ela tinha me colocado pra fora de casa, aí eu, na rua, aí eu comecei a sentir na pele né? Que... as drogas tava me fazendo mal... aí foi quando eu fui pra casa da minha tia ficar lá...aí ela foi lá e falou: filho, você aceita um tratamento? Vou te levar no médico, aí eu: Não, eu não aceito... já fiquei bravo com ela, comecei a xingar, aí minha tia falou: então não te quero mais também aqui! Aí foi quando eu saí da casa da minha tia, aí foi quando eu fiquei na rua. Aí minha mãe vendo que eu tava ficando na rua, ela foi... aí eu aceitei. Tá bom, mãe, eu aceito fazer o tratamento! Aí eu fiz o tratamento e tô hoje, graças a... a Deus, né, primeiro, depois o tratamento” (BOTO).

Boto demonstra em sua fala o quanto a família influenciou seu momento de internação, primeiro no Hospital Geral e depois na Hospitalidade Integral no CAPS, discutiremos a questão da família, a quem estamos chamando junto a outros atores de *núcleo afetivo*, no capítulo 6.

Beta refere ter passado por duas “internações”, no CAPS III e no PAI. Sobre porque ocorreu a internação, responde:

“Ele disse que eu tava com esquizofrenia, eu não tinha ideia do que ele tava falando pra mim. Eu disse: vocês deixem a minha vida, que eu não sei o que é que vocês tão falando aí... vocês tão inventando...” – Muitos risos – (BETA).

Acerca da lembrança deste momento, Beta afirma: “*Não, eu tava normal, eles que falaram que eu... sente que eu tenho esquizofrenia... por isso que eles me fizeram essa internação*” (quando cita “eles” refere-se ao médico e à “equipe dele”).

Sobre o período de Hospitalidade integral, no CAPS III, chamado por Beta de internação, afirma:

“Ah, eu... achei normal. Porque... ‘tando’ aqui, ou lá no abrigo, vai dar quase no mesmo. Só que lá, eu não tô me deparando com os médicos né? Isso já é um alívio pra cabeça! Porque o tempo todo vê aqueles médicos, qual o motivo que tô assim?”. (BETA).

Descreve um pouco da sua vivência no CAPS, durante a HI:

“Os médicos, assim, por exemplo, se eu tiver aqui, aqui é como um hospital...todo dia eles têm que me visitar né... e me dá...eles que me dão o remédio, na boca...na mão pra eu engolir. E lá eu levo o remédio, eles que me dão também, mas é melhor do que ser internada num hospital” (BETA).

Já Peixe-Donzela refere ter tido duas ou três internações psiquiátricas, quando questionada sobre onde foram as internações responde: “Foi aqui no CAPS”. Sobre a lembrança de como foram as “internações” e por que elas ocorreram afirma:

“Eu fiquei mal, né? A primeira vez é porque, como eu sou católica, eu não aceitava ir pra igreja de espírita. E me levaram sem eu saber, e eu saí correndo, fui pra minha casa, aí meu irmão achou que eu tava ruim, aí me trouxe pra internar! Eu mordei ele...” (PEIXE-DONZELA).

Donzela conta que um casal de amigos de sua mãe a levou ao Centro Espírita, sem seu consentimento. Ela estava passando uns dias na casa deles quando a convidaram para ir à praia, mas levaram-na num Centro espírita:

“Assim, não é que eu não concordo. Eu respeito esta religião, mas eu não gostaria de frequentar entendeu? Aí eles me levaram a pulso, aí eu saí correndo porque eu fiquei meio com medo... de eles fazerem alguma coisa, sei lá... aí eu peguei e saí correndo pra casa...” (PEIXE DONZELA).

Na outra “internação”, diz:

“A outra foi porque eu entrei em crise com meu marido. Tava desconfiando dele, de algumas coisas, aí ele pegou... não, isso não! É, foi por causa disso também, mas também, porque ele me trouxe na médica no dia que era pra passar na médica e a médica falou assim: Você tem que tomar remédio! Eu falei: eu não vou tomar o remédio, aí ela falou assim: então se você não for tomar o remédio, eu vou ter que te internar! E porque eu não quis tomar o remédio ela me internou!” (PEIXE-DONZELA).

Descreveu sua crise:

“Então, eu, eu... Fiz uma pergunta pra ele, que assim, acho que é meio nada a ver né? Perguntei pra ele assim, se ele era... gay. Só que aí eu entrei em crise, por isso que eu fiz estas perguntas. E como eu vi uma foto de um cara com arco na, na... no celular dele, eu falei... que negócio é esse né? E um outro cara lá, fazendo umas pose, aí veio um monte de coisa na cabeça né? Aí eu peguei, entrei em crise, comecei a perguntar um monte de coisa pra ele, aí, foi quando eu vim com ele, que ele foi me trazer na médica, e a médica falou: se você não tomar o remédio, você vai ter que se internar! Aí eu tive que ficar internada porque não quis tomar o medicamento” (PEIXE DONZELA).

A marca mais forte destes relatos de “internação” é a não dissociação do dispositivo CAPS do modo hospitalocêntrico e médico-centrado. Notem que usamos aspas para identificar que a “internação” seria no CAPS, justamente para fazer esta diferenciação entre internação e Hospitalidade Integral (HI), pois a palavra internação remete ao modo hospitalocêntrico, do qual pretendemos escapar. A ideia de Hospitalidade soa para nós mais próxima da noção de *cuidado e Reabilitação Psicossocial*.

Dos três casos relatados, dois passaram por internação no Polo de Atenção Intensiva (PAI), nesta amostra, se considerarmos que dentre os 12 sujeitos da pesquisa,

quando estiveram em HI no CAPS, 7 foram encaminhados ao PAI, e isto representa 58% do total de sujeitos, podemos dizer que o CAPS III, construído e pensado para ser um dispositivo que acolha significativamente a crise, não o está fazendo. Voltaremos a esta questão no capítulo 5, quando discutiremos as redes de saúde mental.

As falas dos sujeitos entrevistados mostram que não houve entendimento suficiente, por parte deles, sobre as suas transferências ao PAI. Outro dado importante seria saber se os profissionais de referência tiveram participação na decisão do encaminhamento ao PAI, ou se a decisão era tomada pelo médico e equipe de enfermagem. Ao serem os usuários, encaminhados ao PAI, o CAPS não demonstrou vínculo forte o suficiente com os mesmos, o que nos leva a indagar qual o papel assumido pelas referências técnicas dos casos, ou mesmo se os usuários tinham e sabiam quem eram seus profissionais de referência.

Mais uma questão crucial para os momentos em que o CAPS foi acionado nos relatos (situações de crise), pode ser percebida ao atentar para o descolamento do sujeito com transtorno de seus desejos e escolhas aparentes. Ou seja, Boto foi “internado” a pedido do juiz, Beta também e Donzela, antes da HI, primeiro passou por uma experiência de desrespeito à sua religião e crença, o que nos faz perguntar-nos se a pessoa com transtorno mental está sendo compreendida enquanto sujeito de direitos.

### **5.2.2. O lugar do técnico**

Na maioria dos relatos dos usuários nas entrevistas, a figura dos demais técnicos da equipe como o Assistente Social, o Psicólogo, o Terapeuta Ocupacional não aparece, apesar destes constituírem esta mesma equipe. Vejamos a fala de Boto acerca do período pós-hospitalidade integral e inserção em hospital-dia:

“Ah... era... eu não gostava muito não, porque não tinha nada... não tinha muita atividade pra fazer, às vezes a P. (estagiária de psicologia) e a outra, que eu esqueci o nome dela... que tava fazendo alguma coisa lá na sala de... na sala de... na sala de... conversa... aí tava fazendo atividade, quando não, dormia... ficava assistindo, até dar a hora de ir embora...” (BOTO).

É muito forte a cena em que são citados médicos e enfermeiros em detrimento das demais profissões presentes no equipamento. Esta marca nos transmite que possivelmente, se os usuários não se perceberam num local diferente de um hospital, é possível que o CAPS necessite reavaliar sua missão fundadora. Pois a base da Reforma Sanitária e posteriormente da Reforma Psiquiátrica, é justamente a crítica ao modelo que compreende o processo saúde-

doença como unicausal e como consequência, aponta para o processo de desinstitucionalização.

Aqui, aparece na fala de Beta, um dos momentos em que o CAPS retoma sua implicação: *“Eles não faziam não, mas agora eles tão fazendo, depois que vocês visitaram lá, e foi... Acho que eu peguei mais uma confiança...”* Beta está afirmando aqui que passou a ter mais confiança no CAPS, quando profissionais do serviço, enfim, fazem-lhe uma visita no abrigo em que se encontra, conversa com os monitores e orienta-os quanto ao uso correto das medicações e no trato com Beta.

Sobre a desinstitucionalização, autores presentes no cenário da Reforma Psiquiátrica Italiana, compreendem como caracterizado por três aspectos: a) construção de nova política de saúde mental a partir da base da instituição, com mobilização e participação; b) transformar os pacientes em sujeitos e removê-los da posição de objetos na relação com a instituição; c) construir estruturas externas totalmente substitutivas ao manicômio. Com estes três aspectos, pretende-se eliminar a internação do conjunto das estruturas e competências da psiquiatria. (ROTELLI; DE LEONARDIS; MAURI, 1990). Desta forma, com menos recursos externos, serão maiores os números de usuários internados, conforme mostram os dados da pesquisa.

Exigiu-se do técnico o ato de mediar os conflitos existentes entre opressor e oprimido a fim de atenuar a violência a qual os últimos são submetidos. Para esquivar-se desta função, somente refutando o ato ‘terapêutico’ que tenha este objetivo atenuante. Porém é necessário tomar consciência tanto da própria exclusão do técnico, como da condição de chamados ao papel de excludentes. (BASAGLIA, 1985). Sendo assim, qual o lugar que o técnico é chamado a ocupar? Basaglia faz uma crítica ao técnico que ocupa o lugar daquele que tenta “apaziguar” as tensões sociais presentes na sociedade, reproduzidas no seio da instituição, o executor dos crimes da paz (BASAGLIA; BASAGLIA, 1977).

No caso do manicômio, por exemplo, que surge como uma resposta à periculosidade, obscenidade e também à não produtividade e não eficiência, aos técnicos é reservado o papel de mantenedor da divisão do trabalho e da luta de classes, sob a “máscara” do intelectual. No pós-guerra, intelectuais tentam aplicar seus conhecimentos em busca de um novo mundo, projeto fracassado, tendo em vista a força do modo capitalista de produção. Coube ao técnico, ou ao intelectual na visão gramsciana, exercer a disciplina dentro do local

ao qual foi chamado a trabalhar, assumindo o lugar de empregado/funcionário do Estado. (BASAGLIA; BASAGLIA, 1977).

Desta forma, Castel, assim como Basaglia, tece críticas quanto ao lugar que o técnico ocupa dentro das instituições:

Profissionais e administradores formam um par funcional porque negociam na base das opções comuns que definem o que se chama uma "política de saúde mental". Negócio, como se diz, para "responsáveis": funcionários do Estado encarregados do controle das populações marginais e competentes especialistas do desvio, essencialmente os médicos. A partir de uma época recente (cf. os Estados Unidos) um terceiro comparsa, o especialista em ciências sociais, e às vezes chamado a trazer a sua contribuição, com a condição de ratificar os objetivos dos "solicitantes" e de ajudar o administrador e o profissional a negociarem o melhor compromisso para ambos. Assim, confunde-se objetividade científica com reprodução de uma relação de forças inscrita na estrutura social: *uma política de assistência-controlar-tutelarização exprime o ponto de vista daqueles que receberam mandato oficial para gerir os problemas da doença mental, invalidando de imediato o ponto de vista daqueles aos quais ele se aplica*"(CASTEL, 1978, p. 134. Grifos nossos).

Por outro lado, o universo social é constituído de relações de trocas, estas, por sua vez, são realizadas a partir de valores atribuídos previamente aos indivíduos. Estes valores seriam equivalentes ao poder contratual, segundo Kinoshita (1996). A partir daí são citados por este autor três dimensões de contratualidade: as trocas de bens, de mensagens e de afetos. O louco então passa a ser considerado como sujeito destituído deste poder de troca, conseqüentemente, sem valor. Desta forma, a Reabilitação Psicossocial não seria nada mais que a reconstrução destes valores e o aumento de poder de contratualidade do usuário (KINOSHITA, 1996). E segundo Saraceno:

Muitos pacientes têm um nível de contratualidade no seu espaço habitacional que tende a zero, ou porque não têm casa e isso é um marco, ou porque têm casa e sua casa é um marco, ou porque não têm rede social, ou porquê não sabem, não podem, ou porque têm uma capacidade de produção social muito baixa, muito limitada, e então perdem o nível da contratualidade. Essa é a grande troca afetiva e material do ser humano: a habilidade do indivíduo em efetuar suas trocas. (SARACENO, 1996, p.16).

De acordo com o autor acima, se pensarmos na habilidade em efetuar trocas, o lugar do técnico seria então, ao lado do usuário (e conseqüentemente, de seu familiar), possibilitar, ou oferecer espaço para as trocas afetivas e materiais. Nas falas dos usuários, como já explicitado em outro momento, há uma supremacia dos relatos acerca da medicalização e da relação com o médico e equipe de enfermagem, em detrimento dos relatos de contato com demais técnicos. Notamos que nas falas dos três entrevistados, esta diferenciação ficou mais evidente no momento da crise, ou seja, no momento em que o CAPS

deveria fazer jus à sua nomenclatura *Centro de Atenção Psicossocial*, ele acaba não o fazendo. Sendo assim, a Reabilitação psicossocial trata-se de uma escolha ético-política para a atuação técnica.

Desta forma, a fim de ratificar o já exposto acima, citamos relato de pesquisa realizada dez anos após a inauguração do NAPS Mater de São Vicente, hoje, CAPS III Mater, que expõe a forma de pensar o serviço no momento em que foi criado e que aponta para um distanciamento do mesmo, de sua função primeira:

Em São Vicente, enfrentamos grandes desafios, primeiramente assumir a decisão de implantar o NAPS MATER no centro comercial da cidade, sob o olhar e atos reprovativos dos que vigiavam diariamente o serviço, para em qualquer “ato de loucura” expulsar-nos para a periferia da cidade, com a justificativa que enfeivávamos o centro e comprometíamos a ordem. Tivemos que “travar” uma luta diária, corpo a corpo, dialogar cotidianamente com os comerciantes, convencê-los de que os pacientes tinham família e que todos eram compradores, consumidores dos seus comércios, e tinham que superar o estigma da periculosidade do doente mental. (CRUZ, 2003).

Costa-Rosa (1999), propõe a adoção da nomenclatura Modo Psicossocial, para designar um modelo de atenção, uma escolha ético-política, baseada em experiências de diversos países que inspiraram a RPB, tais como a psiquiatria de setor na França, Antipsiquiatria na Inglaterra, Psiquiatria Preventivo Comunitária nos EUA, Psiquiatria Democrática e Reforma Psiquiátrica na Itália.

Segundo o mesmo autor, o Modo Psicossocial seria a resposta brasileira às novas formas de atenção à loucura no Brasil, desta forma, o Modo Psicossocial transcende a Reforma Psiquiátrica (COSTA-ROSA, 1999). Ou seja, a Reforma Psiquiátrica foi um marco político e necessário, construindo uma série de intervenções nos serviços e no modo de pensar a loucura, já o Modo Psicossocial seria o eixo estruturante que teria embasado a RPB. É este eixo estruturante que este trabalho pretende retomar.

Mais à frente voltaremos a este ponto, na tentativa de entender como a própria organização da rede propiciou o deslocamento do CAPS de seu lugar, dentre outros, também e principalmente, de atenção à crise. Por hora, cabe dizer que retomar o seu lugar e seu papel dentro da lógica da Atenção Psicossocial, ou do Modo Psicossocial é tão urgente quanto a própria crise. Desta forma, mais uma vez se coloca como urgente e imperativo, resgatar os princípios da Atenção Psicossocial como uma escolha ético-política, baseada num modelo de sociedade que contemple todas as existências e conseqüentemente, o sofrimento psíquico como condição humana.

### 5.2.3. *O lugar das instituições jurídicas:*

*Com exceção de algumas doenças é sobretudo para aqueles que estão em ruptura de integração social que a solução hospitalar se oferece, ou melhor, se impõe. (CASTEL, 1978, p.46)*

O termo judicialização pode ser entendido como aqueles casos que chegaram de alguma forma à via judicial, e embora o MP não se caracterize como um órgão que integra o judiciário, ele é um ator dentro deste cenário, sendo os casos encaminhados ao MP também considerados casos judicializados.

Segundo Asensi (2010), quando casos são discutidos, sob o ponto de vista jurídico, fala-se mais em juridicização. Ou seja, há certa tendência, segundo o autor, de problematizar alguns casos, antes que passem pela via do judiciário, evitando-se ao máximo esta situação, adotando estratégias múltiplas e pactuações extrajudiciais. Foucault já apontava esta necessidade:

Uma coisa é singular na justiça criminal moderna: se ela carrega de tantos elementos extrajurídicos, não é para poder qualificá-los juridicamente e integrá-los pouco a pouco no estrito poder de punir; é, ao contrário, para poder fazê-los funcionar no interior da operação penal como elementos não jurídicos; é para evitar que essa operação seja pura e simplesmente uma punição legal; é para escusar o juiz de ser pura e simplesmente aquele que castiga (FOUCAULT 1987, p. 23).

Desta forma, o MP ganha destaque, pois ele atua de forma independente e pode ser um importante mediador na saúde. Há então um novo significado no que tange ao direito à saúde, ganhando este significado, um aspecto interdisciplinar. Os sentidos do direito à saúde também passaram por modificações ao longo de séculos, pois a saúde durante o Império era vista como um favor à população, sendo um bem de poucos; na era Vargas é vista como um direito do trabalhador assalariado e após abertura política e promulgação da constituição de 1988, passa a ser encarada como um direito inalienável. Assim, encarada como um direito, a saúde torna-se um objeto de disputa no campo jurídico (ASENSI, 2010).

Afunilando a questão para o campo do qual trata esta pesquisa, a saúde mental, o que temos experienciado é um CAPS descolado de seu papel e cada vez mais subordinado aos parceiros intersetoriais dos mecanismos de justiça brasileiros, onde submerso nos pedidos às demandas individuais, esquecem-se de pensar na construção da Rede de saúde mental.

É comum o discurso da promotoria em afirmar que o esforço aplicado aos casos individuais poderia ser revertido em esforço de resolver uma questão comum, já que tantos casos se assemelham, e buscam na verdade o mesmo objetivo: a assistência seja da saúde mental, da atenção básica, ou de outros parceiros intersetoriais. É o caso, por exemplo, da estratégia que vêm sendo utilizada pelo MP, como os TAC's (Termo de Ajustamento de Conduta):

O TAC como o próprio nome sugere, visa a garantir um direito ou um serviço público que se encontra insuficientemente satisfeito. Mais propriamente, este instrumento consiste num compromisso firmado entre o Ministério Público e o gestor municipal, estadual ou federal para que este realize alterações necessárias para o exercício de um determinado direito, visando corrigir uma situação débil (ASENSI, 2010, p. 46).

Pensando no papel do MP, de atuar em defesa de direitos civis de tipo coletivo e difuso, faz sentido observar esta instituição à luz de Bauman:

É da natureza dos “direitos humanos” que, embora se destinem ao gozo *em separado* (significam afinal, o direito a ter a diferença reconhecida e a continuar diferente sem temor a reprimendas ou punição), tenham que ser obtidos através de uma luta *coletiva*, e só possam ser garantidas coletivamente. Daí o zelo pelo traçado das fronteiras e pela construção de postos de fronteira estritamente vigiados. Para tornar-se um “direito”, a diferença tem que ser compartilhada por um grupo ou categoria de indivíduos suficientemente numeroso e determinado para merecer consideração: precisa tornar-se um cacife numa reivindicação coletiva. (BAUMAN, 2003, p.71, Grifos do autor).

No caso, o “*cacife numa reivindicação coletiva*” apontado por Bauman, pode ser comparado aos TAC's utilizados pelo MP. Se por um lado, os TAC's são considerados como estratégias de modificação ou reorganização das esferas governamentais para um atendimento em saúde, neste caso, e que contemple todas as pessoas, por outro, fere a questão dos Direitos Humanos, uma vez que contemplar todas as pessoas no que tange ao direito à saúde é direito constitucional inalienável.

Após o resgate introdutório acima, vejamos o que diz Beta sobre sua relação com o Poder Judiciário:

“Chegaram lá, com um processo, e depois disseram: olhe, escreveram aqui pra você, o promotor de justiça, escreveram aqui pra você que você é doente da cabeça! Você, você é doente da cabeça. Aí eu não dei nem atenção, porque eu não sei quem não é (gesticula como se estivesse lavando as mãos), eu nunca vi uma coisa dessa! (Risos). Aí eu deixei quieto. Aí depois, com um tempo, foi que disseram, você tem que passar pelo um médico, e porque vou passar pelo médico? Qual o problema? Qual o motivo, que eu não sei? Não tô doente, não tenho problema, não sou aleijada, né? E porque passar pelo um médico assim, psiquiatra? Isso é normal, falou pra mim, isso é normal, passar pelo um... é normal... não tem nada a ver, que aqui mesmo ele me internou. Foi isso” (BETA).

Ao ser indagada sobre os serviços pelos quais passou, Beta começa a tecer um relato da rede de cuidadores que possui. Cita uma patroa, uma amiga da loja em que trabalhou, até aparecer o relato de uma irmã, residente no município, e que até então, não havia mencionado:

“Ah, se não tivesse essas pessoas, eu nunca me imaginei assim não, porque todo canto que eu tô, sempre tem alguém do meu lado, sempre tá alguém querendo correr atrás de mim, é o tempo todo! Eu até já dormi na rua uns tempos, porque eu fui pra casa da minha irmã e ela não me aceitou, por causa das filhas dela, porque as filhas dela, ela fugiu de casa, meu pai não queria que ela casasse e ficou separada e separou, e... eles não gosta de mim, porque também, meu pai não queria que ela casasse com ele. Só que ela se separou e arrumou outro homem, mas as filhas continuam do lado do pai, mas o pai era aquele que meu pai não gostava, então não tem como se aproximar... Eu fui à procura dela, que elas têm umas coisa, umas casa pra me devolver, do meu irmão que morreu, que ele, é... ele tava com o meu dinheiro, ele vendeu minha casa no norte e comprou por aqui, saiu comprando...aí, eu...digo, bom vou conversar com ela pra ver se eu saio da rua porque já fui dormi na casa de uma, que uma mulher que a casa fui eu que construí, até dona C. disse que não é mais pra ir lá mais... que eu tenho até roupa lá... ela me puxou de dentro de casa e saiu me arrastando pra fora... a casa é minha!” (BETA)

Refere que a casa que construiu com o marido foi ocupada por outra pessoa, mas ainda assim, por esta mulher estar com um grave problema de saúde, Beta sentiu ‘dó’ dela.

Conta ainda:

“Eu já tentei de tudo, mas só vai com a justiça. Sim, aí o juiz disse: É, e quem é o herdeiro? Aí eu disse: Não, não é herdeiro não, trata-se de um trabalho meu. Expliquei pra ele, e ele disse: É, então você fica lá no abrigo, até que a poeira abaixe. Eu disse: tá bom. Mas só que a Dona C..., assistente social, eu pedi pra ela procurar essas pessoas... ela disse: essas pessoas não trabalham mais lá... agora eu tenho que... eu tenho que ir sozinha, eu já fui duas vezes, você confie em mim! Pelo amor de deus, você confie em mim, que eu vou resolver seus problemas. Eu disse: é eu confio, mas, é que a gente fica muito curioso, né? Fica cheio de abobrinha na cabeça já querendo resolver e sem resolver é um tédio” (BETA).

Questionada se teve conhecimento do processo que o CAPS recebeu para responder sobre ela, afirma:

“É, ele chegou lá dizendo isso, mas eu não me importei não, porque eu nunca vi isso! Me conhece ‘daonde’? De lugar nenhum! Foi um oficial de justiça, mas me convidando pra eu ir depor! Também já me entregando um papel e falando isso! Eu fui pra Santos, fiz perícia”. (BETA).

Relata que conversou com um juiz:

“É... ele marcou, ele marcou com L [ex-marido], e marcou o dia de eu ir lá, pra... pra resolver esses problemas, esses processos, mas aí ele disse que num tava, que tava muito agressivo as coisas, que já tinha feito isso comigo e podia ser pior, ele não falou isso né, mas foi o que eu entendi, então deixasse passar mais um tempinho, pra poeira baixar, que depois ele dava conta do assunto... e até agora tô esperando e nada...” (BETA).

Peixe-Donzela conta sobre seu processo de anulação de casamento. Ela casou-se na igreja e no civil, depois anulou o casamento na igreja e se divorciou. Sobre este processo, conta:

“O divórcio, ele [o marido] queria anular também! Aí a gente foi no juiz, com o juiz lá, aí o juiz falou assim: vocês não querem fazer o divórcio? Porque o divórcio já sai na hora, se for pra anular demora de um a dois anos... aí ele falou assim pro juiz: se ela não aceitar pensão, eu aceito! Aí eu fiquei pensando, pensei, pensei... aí eu falei assim, sabe de uma coisa? Eu não preciso do dinheiro dele! Aí eu peguei, falei assim: Não, eu aceito! Aí divorciamos. Ele que fez tudo, da nulidade do religioso e do divórcio, ele que fez o pedido de tudo! Ele que correu atrás! É, e ele alegou que não sabia do meu problema, alegou pra fazer a nulidade por causa disso! Ele alegou que não sabia. Eu contei tudo pra ele, não escondi nada! E tanto no civil, como no religioso ele alegou que não sabia, olha que pilantra!”. – (Risos). (PEIXE-DONZELA).

Donzela afirmou que só o seu companheiro foi acompanhado de advogado, porque procurou a Defensoria Pública e lhe informaram que não precisava de advogado:

“Eu fui ali pra ver de graça e falou que não precisava. Acho que não sei... acho que não ia precisar, porque ele já tinha advogado e já tava meio caminho andado. Deve ser por causa disso!”. (PEIXE-DONZELA).

Boto é um dos sujeitos mais jovens citados, inicia o uso de substância psicoativa, passa por todas as dificuldades que o uso abusivo acarreta, bem como pelo conjunto de situações que comumente envolvem a drogadição e somente após intervenção judicial reinicia tratamento.

Beta, a mais velha dentre os entrevistados, passa a ter comportamento estranho, percebido pela sociedade e o MP é acionado. A partir daí ela dá início ao acompanhamento no CAPS. Após início do acompanhamento pelo CAPS e com um retorno satisfatório do ponto de vista da Reabilitação Psicossocial de Beta, desta vez o judiciário emite pedido de internação compulsória.

Peixe-Donzela apresenta transtorno mental já desde a tenra idade, passando a ser citada judicialmente na idade adulta com um pedido judicial de anulação do casamento.

Os três casos têm em comum o sofrimento psíquico, a intervenção dos mecanismos de justiça e o acompanhamento pelo CAPS III de São Vicente. Nos três relatos, não aparecem a relação entre profissionais do CAPS e os mecanismos de justiça.

O caso de Beta denota a aparente morosidade do PJ e de fato a evidente dissociação entre o CAPS III e os atores do setor judiciário. Pois uma vez que o primeiro pedido de avaliação do caso deu-se em 2010, tendo Beta passado por HI no CAPS em 2011,

após HI, passou a frequentar HD, tendo se vinculado à oficina de percussão do CAPS, na qual participava com assiduidade, os profissionais do CAPS não compreenderam porquê. Em outubro de 2012, recebem a ordem judicial de Internação Compulsória e Antecipação de tutela.

Conforme consulta em base de dados dos documentos oficiais da unidade, reproduzimos parte do documento que versa sobre o caso de Beta: “[...] não é capaz de cuidar de sua vida civil por si mesma, devendo ser decretada sua interdição, bem como demonstram que, diante do quadro atual em que está inserida, sua internação é medida que se impõe”.

Cabe informar que esta internação não foi feita, pois o CAPS emitiu ofício informando ser esta medida desnecessária. Eis a resposta dada: “Atendendo a cota da Procuradora Municipal, fl. 9, esclareço que a ‘Sra. Beta’ encontra-se em tratamento regular neste CAPS III Mater e no momento, não necessita de internação psiquiátrica. Maiores dados somente com anuência por escrito da paciente ou sob ordem judicial.” (Novembro/2012)

Peixe-Donzela não informa em seu relato se houve acompanhamento dos profissionais do CAPS, ou mais especificamente, de sua referência técnica no momento de seu divórcio, embora fique evidente que pôde contar com o serviço quando precisou dele. Tal situação aponta para um maior poder de contratualidade da usuária frente aos seus problemas pessoais.

Por último, Boto, internado ao pedido da família, com apoio do MP, é um demonstrativo de uma questão que se tornou muito maior nos dias atuais e vêm ganhando força nas discussões acerca do uso e abuso de álcool e outras drogas. Desafio que convoca a todos a uma reflexão mais ampla (que será feita no próximo tópico).

O olhar para as diversas redes, através do olhar dos usuários judicializados, buscou traçar novas perspectivas para o cuidado em saúde mental e trazer a discussão de uma inserção efetiva dos parceiros intersetoriais dos mecanismos de justiça nestas redes.

### 5.3. Álcool e outras drogas, diálogos à parte, dentro da mesma parte:

*“É, foi a minha mãe, através da minha prima... minha prima falou pra ela que a minha mãe podia me interditar e me... me internar né? Porque eu usava droga... foi quando minha mãe pôs na cabeça né? Mas a minha mãe só queria me ajudar! Ai ela me internou, que eu já não tava mais em casa, ela tinha me colocado pra fora de casa, aí eu, na rua, aí eu comecei a sentir na pele né? Que... as drogas tava me fazendo mal...” (BOTO, 2013).*

Nas foto-narrativas foi possível enxergar que dos 12 sujeitos, 6 possuíam transtorno decorrente ou associado ao uso e abuso de álcool e outras drogas. Sobre estes sujeitos, pudemos notar que 4 deles eram provenientes de outra unidade de saúde mental, o que não quer dizer que havia necessariamente um acompanhamento dos casos, visto que alguns passaram poucas vezes pelos serviços ou estavam em abandono de tratamento.

Um deles já havia passado pelo CAPS Infantil (Boto), dois deles (Marlim Azul e Peixe Espada) pelo ASM e dois deles pelo CAPS AD (Peixe Palhaço e Fogueira). O que permite pensar que as questões relacionadas ao álcool e outras drogas, precisam ser expandidas e trabalhadas em rede através de mais equipamentos extra-hospitalares. Não houve indicativo de busca por um atendimento intersetorial, nos casos relatados, restando o encaminhamento ao PAI como única alternativa, quando muito, após passagem pelo CAPS III em HI. A necessidade de um CAPS AD III é evidenciada. O outro caso apresentado (Baiacu), não havia sido atendido em nenhum outro equipamento da saúde mental do município, embora, nos relatos colhidos em HI, fossem identificados períodos de internação psiquiátrica em outros municípios.

No caso específico de Boto, como único usuário entrevistado que possui como transtorno associado ao uso abusivo de psicoativos, é pertinente esclarecer minimamente a relação que o Brasil estabelece entre o uso de drogas e a saúde destes sujeitos. A lei 6368/76<sup>19</sup> (que Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências) foi promulgada antes do movimento de Reforma Sanitária e antes da

---

<sup>19</sup>Lei promulgada na era Geisel, em 21/10/1976, período fértil da Ditadura Militar brasileira e revogada pela [lei 11.343](#), de 23/08/2006 que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.

implantação do SUS, portanto o conceito amplo de saúde enquanto processo saúde-doença, e a conseqüente ideia de saúde como qualidade de vida, ainda não havia sido difundida.

Esta situação tornava os tratamentos possíveis à dependência química, baseados na unicausalidade e na ideia de saúde como ausência de doença, logo, os tratamentos propostos não faziam contraponto à aplicação da referida lei antidrogas, que criminalizava o usuário. Desde 1988, com a promulgação da nova Constituição Federal, as condições para definição de tratamento sofrem mudanças na esfera pública. Ou seja, somente após a implantação do SUS, começou a surgir alguma estranheza frente às práticas coercitivas do setor segurança e o setor saúde passa a propor abordagens flexíveis e educativas, criando um campo de tensões entre estas duas esferas. Em 1998, cria-se a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) e em 2002, a Política Nacional Antidrogas (PNA). (ALARCON; BELMONTE; JORGE, 2012).

Já em 2003, propostas concretas e específicas na atenção e cuidado à pessoa com transtorno decorrente do álcool e outras drogas, possibilitaram que o MS, privilegiando a lógica da Redução de danos, inspirada no combate à Aids, entre a população de usuários de drogas injetáveis, emitisse diretrizes para esta atenção. Desta feita, evidenciou-se ainda mais uma disparidade ético-política entre a legislação proibicionista vigente e as formas de tratamento propostas. (FONSECA; BASTOS, 2012).

É justamente do campo de tensões criado entre a criminalização do usuário de drogas e as formas de atenção e cuidado que Boto está se referindo na fala: *“É foi a minha mãe, através da minha prima... minha prima falou pra ela, que a minha mãe podia me interditar e me... me internar né? Porque eu usava droga...”* Ou seja, por intermédio da justiça, a família de Boto solicitou ao juiz sua internação compulsória. A internação que seria competência de uma avaliação de equipe de saúde tornou-se caso de segurança pública através da determinação de compulsoriedade da internação.

A questão da dependência química e as internações compulsórias determinadas para a população com agravos à saúde decorrente do uso e abuso de substâncias psicoativas, chama também atenção na pesquisa, pois confirma que os recursos extra-hospitalares no território são insuficientes, ou mesmo inexistentes, evidenciando um problema macro que atinge a sociedade brasileira. Voltando aos dados da pesquisa, cinquenta por cento dos usuários com indicativo de judicialização entre 2011 e 2012, possuíam algum tipo de

transtorno associado ao uso abusivo de psicoativos, ou apresentavam co-morbidades decorrentes do uso.

Este problema tem exigido a criação de novas estratégias de cuidado para esta população, e/ou a reutilização de práticas já reconhecidamente eficazes, como é o caso da Redução de danos e a experiência desta prática no fim da década de 1990, utilizada durante a epidemia do vírus da Aids dentre os usuários de drogas injetáveis e fruto de uma tensa disputa de interesses, bem como importante participação de ativistas da Redução de Danos, para a aprovação de diversas leis estaduais e municipais<sup>20</sup>. (FONSECA; BASTOS, 2012).

Outra estratégia que tem sido posta em prática na área de saúde mental é a tendência a remeter à Atenção Básica a porta de entrada para estes agravos. Mais recentemente, as unidades básicas de saúde (UBS) têm sido consideradas porta de entrada preferencial de problemas de saúde mental, incluindo pessoas com transtorno mental grave em situação de rua:

A responsabilidade pela atenção à saúde da população de rua, como de qualquer outro cidadão, é de todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde, com destaque especial para a atenção básica. Em situações específicas, com o objetivo de ampliar o acesso desses usuários à rede de atenção e ofertar de maneira mais oportuna atenção integral à saúde, pode-se lançar mão das equipes dos Consultórios na Rua, que são equipes da atenção básica, compostas por profissionais de saúde com responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua. (BRASIL, 2012. p. 62).

Estas práticas, no entanto, só se apresentam hoje como tais, devido às mudanças instituídas pelo pensamento da Reforma Sanitária no campo epistemológico do processo saúde-doença. Antes da implementação do SUS no Brasil, a saúde era entendida como bem estar físico e ausência de doença, esta definição está atrelada ao modelo biomédico consolidado após a reforma de Flexner como modelo hegemônico e adotando, consequentemente o modelo curativo para as ações de saúde no Brasil. Seguindo a lógica deste processo, lançam mão do modelo biomédico, as disciplinas instauradas ao lado da medicina, como a psicologia, o serviço social, a enfermagem, etc. (ALARCON; BELMONTE; JORGE, 2012).

---

<sup>20</sup>Em 1997, em SP, foi aprovada na Assembleia Legislativa a primeira lei estadual que regulamentava as ações de redução de danos, esta lei ficou seis meses aguardando a sanção do então governador, Mário Covas. Tendo sido sancionada em 1998, sob pressão de profissionais, pesquisadores e do movimento de redução de danos internacional, durante a realização da IX Conferência Internacional de Redução de Danos, realizada em São Paulo. (FONSECA; BASTOS, 2012).

A Reforma sanitária apoiou-se em severas críticas a este modelo biomédico, a fim de reorientar a noção de saúde no Brasil, tais críticas consistiram: no modelo curativista, centrado na intervenção terapêutica, sem considerar a causa, ou a prevenção da ocorrência; uma educação médica voltada para as especialidades (cindindo o humano em partes a serem estudadas, tendo como consequência a perda da noção de totalidade), e a clínica curativa, com interesses meramente individualistas. (MATTA; MOROSINI, 2009).

Além disto, o paradigma unicausal atribuído às doenças e a definição negativa de saúde como ausência de doença contribuíram, no caso das pessoas em sofrimento decorrentes do uso e abuso de psicoativos, para a ideia de que a abstinência total seria o único caminho possível para o tratamento da dependência química. A contextualização do processo da Reforma Sanitária descrita acima se torna primordial para compreender o que segue:

A crença na adequação entre tratamento e abstinência, ao mesmo tempo que é resultante da ideia puritana que torna as drogas a encarnação do mal, está em sintonia com o discurso jurídico-político proibicionista de ‘erradicação’ das drogas da sociedade por estas se constituírem um risco à saúde e à segurança do indivíduo e da população. (ALARCON, BELMONTE; JORGE, 2012, p.66).

A ampliação do conceito de saúde culminou na ideia de saúde como qualidade de vida e no entendimento de que havia um processo “saúde-doença”. Esta nova concepção foi a responsável por reorientar as políticas públicas de saúde, e no entendimento de que existem múltiplos determinantes das condições de saúde. (MATTA; MOROSINI, 2009).

Já sobre as internações compulsórias ou involuntárias para sujeitos em uso abusivo de álcool e outras drogas, Dartiú, médico psiquiatra, afirma que estas internações só seriam justificadas quando há, por exemplo, uma “perda de autodeterminação”, num estado psicótico por exemplo, mas nunca na perda da noção de compulsão. Ou seja, não se interna por uso exagerado da substância, mas porque seu uso gerou um ‘estado’ psicótico<sup>21</sup>.

A afirmação dos autores acima encontra ressonância em Jorge (et al, 2013), quando este publiciza que as pesquisas relacionadas aos usuários de psicoativos tratam mais de descrever os efeitos das substâncias para o organismo e suas implicações nocivas que de entender a relação que os usuários estabelecem com estas mesmas substâncias, o contexto do uso, os significantes e significados. Mais uma vez, o apelo à escuta dos sujeitos.

---

<sup>21</sup>Fala de Dartiú Xavier, em vídeo de 2013, alertando sobre o perigo do PLC 37/2013 (que versa, entre outras questões, sobre a internação compulsória de usuários de álcool e outras drogas), disponibilizado no site: <[https://www.youtube.com/watch?v=8\\_zUTGgLOvY](https://www.youtube.com/watch?v=8_zUTGgLOvY)> (acesso em: 19/09/2014).

Isto posto, após observação e análise, qual o caminho para o cuidado?

## 6. UMA REDE PARA O CUIDADO É POSSÍVEL?

*A palavra de ordem é: do manicômio, lugar zero dos intercâmbios sociais, à multiplicidade extrema das relações sociais; (ROTELLI, DE LEONARDIS; MAURI, 1990, p. 36).*

### 6.1. As redes de saúde mental.

Em primeiro lugar, considerações sobre o que estamos chamando de redes de saúde mental: entendemos que compõem esta rede os núcleos afetivos mencionados pelos usuários (familiares, amigos, vizinhos, igreja, profissionais das variadas unidades citadas), os núcleos dos mecanismos de justiça (MP, PJ, Defensoria Pública), os núcleos de serviços (RAPS instituída). Como já apontou Melman, (2008, p.86):

Os limites da rede de relações sociais que sustentam uma pessoa na sociedade não se restringem à família nuclear ou extensa, mas incluem todo um conjunto de vínculos interpessoais significativos do sujeito: família, amigos, relações de trabalho, de estudo, vínculos na comunidade, vínculos coletivos, sociais e políticos.

Em segundo lugar, lançamos mão da noção de cuidado em saúde, caracterizada conforme segue:

As intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças. Isso significa acreditar que a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida. Para tanto, é necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas. Na Atenção Básica, o desenvolvimento de intervenções em saúde mental é construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos criam novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde (BRASIL, 2013, p. 23).

Sendo assim, o cuidado é aqui entendido como um conceito tecido no bojo de uma ampla discussão no campo da Saúde Coletiva brasileira e que ganha destaque na questão da integralidade e que não deve ser um conceito entendido num sentido mais corriqueiro como seria um conjunto de procedimentos apenas. Mas um conceito que deve ser observado nos “encontros dos profissionais e usuários, serviços de saúde e cidadãos, ou seja, nos contextos de intersubjetividade nos quais se realizam as práticas de saúde” (AYRES; PAIVA; BUCHALLA, 2012, P. 15). São, portanto, eixos norteadores as noções de Rede e de Cuidado.

A aposta de analisar a rede de saúde mental do município possuía a hipótese de que os usuários ditos judicializados exporiam a nevrálgica condição em que se encontra o quesito intersetorialidade e articulação do cuidado, uma vez que se supunha que estes usuários seriam os mais fragilizados, ou mais graves da rede.

De saída, a explicação do porquê o tema redes é citado por último neste trabalho: acreditamos que, para tecer esta análise, foi preciso visualizar os emaranhados, alinhar, arrematar e enfim, deixar que a rede fale por si como um potente dispositivo que continuamos acreditando que é.

Como epílogo a esta breve introdução, exporemos uma analogia: foi muito difícil dividir em categorias todos os pontos levantados pelos usuários nas entrevistas, até porque os temas estão todos interligados e possuem pontos de intersecção. Da mesma forma que uma rede de pesca, da mesma forma que a rede que intentamos tecer, demonstrando que os pontos analisados de forma individual não dão conta de fazer emergir a riqueza das relações constituídas entre os atores envolvidos. Sendo assim, de novo Melman (2008, p.87) afirma:

Quando pensamos em rede, não devemos esquecer que os vínculos interpessoais que se estabelecem no cotidiano dos serviços de saúde também passam a fazer parte dessa trama. A multiplicidade de pessoas e relações que compõem uma instituição pode gerar um grande mercado de possibilidades para a tessitura de uma rede maior, mais forte, com mais nós, capaz de gerar mais possibilidades, mais suporte afetivo e material, melhorando a qualidade de vida de todas as pessoas participantes do processo.

Por isto falamos em *Redes* e não numa só rede, pois uma rede instituída é menos potente que uma rede tecida, construída pelos *tecelões do cuidado*.

### **6.1.2. O núcleo afetivo**

Começamos a análise pelo núcleo afetivo observando a fala de Boto:

“Eu moro com a minha mãe, meu padrasto, e uma prima. Minha irmã mora do lado de casa com o pai dela, no mesmo terreno que separou e dividiu. Quando a minha mãe separou do meu padrasto, então eu considero também morando com a minha irmã porque ela tá sempre em casa, comendo, almoçando”. (BOTO).

Sobre quem acompanha seu tratamento, afirma que só a sua mãe, porém aspectos do viver em família vão sendo relatados:

“Só minha mãe, meu padrasto, ele é muito calado, ele não fala nada. Ele... depois que ele sofreu acidente, ele... nem brincar não brinca mais... Aí, ele mudou depois disso. Ele toma também uns remédios. Acho que ele... alguma coisa aconteceu com

ele, acho que foi acidente, que ele sofreu traumatismo craniano e um AVC. Ele tava no caminhão, aí deu um AVC. Ele é caminhoneiro, ele tem caminhão, aí ele... acho que ele foi descer do caminhão, daí teve um AVC, aí ele caiu, teve um traumatismo craniano, mas... faz tudo bem, ele é um bom homem pra minha mãe. Se não, você nem 'taria' com ela". (BOTO).

Fala um pouco da sua relação com o padrasto e com o uso de psicoativos:

"Também, porque pelo que ele já suportou de mim, que eu chegava, brigava, xingava eles. E tava morando na casa dele né, quando a gente morava aqui em São Vicente né, agora nós fomos pra Praia Grande, morar, lá em casa. A gente... foi assim: aí eu morava lá, foi quando eu comecei a me envolver com essas coisa errada, tráfico, roubo... eu era envolvido com essas coisas, aí minha mãe resolveu me tirar de lá: filho, vamo pra outro lugar. Lá você estuda, vai ter sua vida, pode até construir uma família. Aí eu falei: tá bom mãe! Aí viemo pra cá, aí eu fiquei um ano de boa, aí depois já comecei de novo. Aí, comecei a fazer as coisa tudo errado de novo". (BOTO).

Na fala acima, é importante retomar que a cidade de São Vicente fica numa região metropolitana, composta de outros 8 municípios, dentre eles, Praia Grande, cidade vizinha, onde Boto residia com a família. A vinda para São Vicente objetivou a saída de um circuito que envolvia uma dinâmica de uso constante de psicoativos por parte de Boto, além das relações de afeto e pertencimento que aproximavam os demais sujeitos envolvidos na mesma dinâmica. Apesar de ser uma região metropolitana, a fala de Boto demonstrou que as ações em rede dentre as cidades da região são inexistentes, ou incipientes.

Já, Beta, conta sobre sua rede afetiva antes de estar abrigada e afirma:

"Antes do abrigo, eu... casada... né... ainda tô casada, tenho que me separar! E morava mais o meu esposo, ele... eu fui no norte visitar os meus filhos, quando eu voltei, ele tinha outra mulher dentro da casa, dizendo que era esposa dele, mas não era... ele falou pra advogada". (BETA).

Questionada sobre como foi "parar" no abrigo, diz: "Eu ganhei o direito de ficar lá até resolver tudo!". Afirma que havia passado um ano no nordeste visitando os filhos, e voltou "para resolver esses processos, pra resolver casa... moradia, e mais alguma coisa, porque tá tudo em processo..." E continua:

"Aí quando cheguei... É... quando eu voltei, eu procurei a casa onde eu tava morando que foi de aluguel... que tava de aluguel, e esperando que ele me devolvesse o meio da casa dele, porque no nome dele nós somos casados ainda... aí ele não teve como fazer isso aí, porque tinha morador dentro... e também, ficou por isso mesmo, só que agora, é... ele pediu de novo, pra... se divorciar, e aí eu conversei com a Assistente social, que eu não vou ficar sem nada, ele tem que dividir tudo que ele tem comigo, porque nós é casado e mesmo que morasse junto, o direito é o mesmo né? Foi isso!" (BETA).

Quanto aos filhos: “Os meus filhos me ajudou pra eu voltar pra cá, mas achando que eu não ia passar essa dificuldade toda né? Que até hoje tão na espera... Então... ele tem que dividir comigo, meio, tudo o que tem, e... porque... é direito meu né?”

Sobre sua rede familiar, afirma que não perdeu o contato com os filhos, mas com os pais, sim:

“Eu perdi o contato com os meus pais e meus irmãos, até que eu telefonei pra lá ontem, e atenderam, mas disse: com quem é que você quer falar? Mas o cartão tava pouco. O meu cartão tava pouca unidade, eu não quis gastar! Já dei o número pra ela, assistente social, pra ela achar tudo pra mim. Tem até documento de terra, que foi da casa do meu pai, que veio encontrar agora, contrato do dono”. (BETA).

O núcleo familiar de Peixe-Donzela é desvelado aqui:

“Eu moro com a minha mãe e com meu irmão. Agora a minha tia tá passando uns dias lá, porque ela tá querendo vender o apartamento dela em Goiás pra comprar aqui, por enquanto ela tá lá com a gente também! Minha mãe, minha tia e meu irmão” (PEIXE-DONZELA).

Perguntamos com quem Donzela podia contar da sua família, a resposta dada foi:

“Minha mãe. Porque toda vez que acontece alguma coisa, minha mãe que me traz, minha mãe que vê tudo, que chama a médica, que vê tudo. Mas se eu precisar contar com a minha tia, com meu irmão ou meu pai, eles também... É, posso contar com eles... Ah, é só mais eles mesmo... porque os parentes sabem todo mundo sabe, assim, eles têm o maior carinho... cuidado, mas assim, quem vê tudo mesmo, essas coisa, é a minha mãe. É mais a minha mãe.” (PEIXE-DONZELA).

Sobre os amigos:

“Saio, esses dias eu saí com minha amiga, a gente foi num quiosque de pagode, tava tocando pagode ao vivo, aí depois noutro dia, a gente foi no quiosque Brasil. Na outra semana eu saí de novo com ela... tem o pessoal dos jovens da igreja, que é EJC, que é o Encontro dos Jovens com Cristo, tem um monte de jovens...” (PEIXE-DONZELA).

Donzela participa do ministério de música da igreja, onde também canta: “Então, essas pessoas que eu tenho amizade. Essas pessoas da igreja! Tem um monte de gente do grupo de oração, senhoras, senhores, pessoas mais velhas, mais novas... que assim, eu também tenho amizade na igreja”.

Percebemos com os relatos que dois dos entrevistados possuem uma rede afetiva muito restrita. Um deles, no caso o Boto, conta apenas com sua mãe, tem um padrasto debilitado e uma irmã, uma prima e uma tia próximas, no entanto, a rede é composta praticamente do núcleo familiar. No caso de Beta, a situação é um pouco mais delicada, pois seus parentes moram no nordeste e não possui contato com o núcleo familiar de São Vicente. Peixe Donzela aparenta ter uma situação mais confortável, pois além da família, conta

também com amigos da igreja. A religiosidade mostrou-se presente no caso de Boto e Peixe Donzela e não apareceu nenhum relato referente a isto no caso de Beta.

Os usuários entrevistados apontaram em suas falas redes que a RAPS não contempla, tornando-se papel dos serviços, neste caso, em especial, dos CAPS, aglutinar as diversas redes, chamando-as ao cuidado. Aparecem em suas falas, o padrasto, que até então não aparecia, a prima, a tia. Os relatos em prontuário não deram conta de mostrar qual a relação e o papel destes mesmos personagens na teia de relações dos usuários entrevistados. Dados como o recente AVC do padrasto e a internação do jovem fizeram pensar e debruçar-se sobre o papel de cuidadora que a mãe do jovem passara a ocupar.

Não houve relato de ações de cuidado com os familiares por parte dos usuários, mas não podemos afirmar que não houve este cuidado, uma vez que os familiares não foram entrevistados.

### ***6.1.3. A Rede de Atenção Psicossocial***

A fragilidade em que se encontram os loucos é ainda mais evidenciada numa situação de crise, exigindo das equipes que atendem esta população saídas criativas para lidar com as inúmeras situações que surgem. O trabalho em rede na Saúde Mental não é uma novidade, pois a dinâmica de sofrimento dos usuários dos serviços e de suas famílias, como bem mostraram as foto-narrativas, impele os atores envolvidos a tentar buscar junto a outros serviços e junto ao território, respostas para ressignificar aquilo que está cindido no sujeito, apesar desta interlocução nem sempre acontecer, há um entendimento de que ela seja necessária.

A RAPS surge então como uma resposta institucional no âmbito dos serviços, porém a RAPS sozinha não substitui as narrativas tecidas no bojo do território e entre os agentes que as tecem. Inferimos que as diversas redes, sendo aos poucos desveladas, apontam para dificuldades encontradas pelo CAPS em dar conta do tema da ordenação da Rede e da Intersetorialidade sendo adotadas como estratégias de atenção: o Hospital-dia, a medicação, a consulta clínica, ou a participação em oficina terapêutica em detrimento da estratégia de “tecer a rede”.

Um dos grandes desafios atuais para a efetivação das RAPS é justamente a intersectorialidade, uma vez que o CAPS sai da centralidade observada na portaria 336/02 seguindo para o território, como prevê a portaria 3088/11 que institui a RAPS. Neste contexto, podemos considerar o conceito de Intersetorialidade como primordial na tessitura das redes de saúde mental. O termo foi inclusive inserido na IV Conferência de Saúde Mental em 2010. Sobre este conceito de Intersetorialidade, Tumelero afirma:

No Estado brasileiro – democrático e de direito – afirmado pela Constituição Federal de 1988, o indicativo de ações governamentais integradas intersectorial e interinstitucionalmente constitui diretriz para várias políticas públicas destinadas a assegurar direitos. Apesar disto, as práticas intersectoriais ainda figuram como processos inovadores experimentais viabilizados na maioria das situações pelo interesse dos atores que executam tais políticas e menos por uma decisão política de governo - são poucas as experiências em que administrações municipais optam por um desenho de governo pautado na intersectorialidade. (TUMELERO, 2011, p.1)

Ainda sobre a intersectorialidade e o CAPS como ordenador da rede, Onocko-Campos e Furtado (2006) afirmam que a função aglutinadora e de organizador da rede local de saúde mental requerida como tarefa dos CAPS é ainda um horizonte a ser alcançado no plano nacional. Nesta mesma lógica, uma pesquisa avaliativa, realizada em Campinas, considerando a fala dos trabalhadores de CAPS, demonstra a necessidade de trabalhar sob a égide da articulação, reconhecendo, porém, que assim como apontaram Onocko-Campos e Furtado, o trabalho nesta ótica ainda se constrói, observando, a seguir, a explanação da fala dos profissionais:

Integrantes do Colegiado de Saúde Mental, porém, foram unânimes em entender o CAPS como substitutivo ou pelo menos conceitualmente substitutivo. Aham que ele não é substitutivo à internação, pois essa deve acontecer em hospital geral e vai continuar existindo. O CAPS é substitutivo ao hospital psiquiátrico. Mas, para tanto, opinam que ele faz mais do que substituir, é um articulador. Ele não é um local, mas é uma proposta. Se ele vira um local fechado, acaba a criatividade, a articulação e o poder de negociação com os demais pontos da rede. O que faz dele substitutivo, capaz de trabalhar a crise, quanto à reabilitação, é esse trabalho em rede, essa intersecção, as parcerias. Ele sai do modelo manicomial porque trata a pessoa como sujeito e, nesse sentido, também é cuidador de si e não mero objeto de cuidado. Pensam e esperam o CAPS como substitutivo, mas reconhecem que hoje não é isso ainda o que se tem, consideram que ainda se está no processo de aprimoramento para chegar ao que eles desejam, enfatizando que é preciso ampliar a rede de cuidado para que o CAPS seja de fato substitutivo. (Diaz, 2009, p. 101).

Mais uma vez, os autores Onocko-Campos e Furtado (2006) levantam uma rusga quanto ao que significa para o Ministério da Saúde (MS) ser o CAPS o “ordenador da rede” no território e nos colocam a questão: esta é uma classificação pautada no clássico modelo piramidal do SUS, que pressupõe hierarquização, ou deve ser compreendido pelo princípio da horizontalidade, onde o CAPS pode ser um articulador? De fato, esta questão nos convida a

pensar que se até então o CAPS não foi capaz de tomar para si o seu papel, seja numa concepção ou noutra, qual o trabalho a ser construído na posteridade já posta e batendo à nossa porta?

Na fala de Boto, por exemplo, quando a pesquisadora pergunta se ele sente que pode contar com a equipe do CAPS quando necessita, breve pausa, e a resposta: “Não parei pra pensar!”. Reformulamos a pergunta ampliando a questão da equipe, para a rede como um todo, e se consegue o que necessita nesta rede, ao que ele afirma:

“Consigo, minha mãe queria me transferir pra Praia Grande, mas eu não quis, quis ficar aqui, porque já conheço vocês, já tô acostumado né? Ai por isso que eu não abandonei aqui pra ir pra lá... não, eu quero continuar aqui, porque eu gostei desse lugar... Das pessoas, de vocês, das enfermeiras...” (BOTO)

Indagado se havia algo mais considerado importante a dizer, responde:

“Ah, o que eu tinha pra falar é isso! Que eu gostei de fazer o tratamento... o tratamento também me ajudou... no começo, foi difícil, que às vezes eu escapava... ainda ia usar droga... aí foi quando eu entrei na igreja. Depois que eu entrei na igreja, nunca mais eu voltei atrás... pra usar droga, e tô até hoje! E... firme nas promessas... e... só isso!”. (BOTO).

Finaliza afirmando sobre a rede do município: “Não, não falta nada! Tá tudo completo”.

Beta mora num abrigo municipal e tem este equipamento como referência de lar:

“Ah, lá funciona, várias pessoas! Mas assim, tem a parte da mulher e a parte dos homens. Não sei se você já viu, mas a congregação cristã separa os homem das mulher né? Então, é como se é isso... Eu tenho o quarto onde eu durmo, só que agora fazendo uma reforma, nós ‘tamo’ em 6 mulheres, num quadrado, fechado, que é onde era o escritório, botou nós lá, pra fazer reforma lá de novo, no abrigo todo, nós tô em seis, mais eu. Tenho um quarto sozinho lá pra mim”. (BETA).

Sobre porque seu quarto é individual, afirma: “É porque o quarto é pequeno, não cabe outra pessoa, e eu tenho um guarda-roupa que é do meu uso! E aquele guarda-roupa ninguém usa, só eu! Foi determinado pra mim esse aí”.

Como referência no abrigo, cita a figura da Assistente Social:

“A dona C., ela tá ajudando nos processos, pra resolver os processos, pra depois eu ir embora... ela disse que já foi no fórum duas vezes, pra resolver meus problemas, tá difícil, ela falou, porque os meus amigos promotor, eles que fizeram, me deram lá, a chance do abrigo, e eles já não tão trabalhando mais lá... É, ela disse que ficou difícil, porque chega lá, ela tem que pegar tudo sozinha... e ler tudo, pra poder conseg... É... fazer, continuar o processo, pra terminar!”(BETA).

Refere-se aos monitores como cuidadores na hora de administrar as medicações.

Relata ainda:

“Eles não faziam não, mas agora eles tão fazendo, depois que vocês visitaram lá, e foi... Acho que eu peguei mais uma confiança... Porque agora... E eu também já tô sabendo o nome dos remédio, que eu pergunto todos os remédio agora, eu pergunto, aí eles tão... Me diz tudo, que num foi trocado, quer dizer, foi trocado, eu andava com tontura... tomava o haldol, nossa, eu só faltava morrer! E até me impregnou, eu via a hora de morrer, mas agora eu tô, graças a Deus, eu tô muito bem!”. (BETA).

Sobre se sente que pode contar com a equipe do CAPS diz:

“Ah, eu num sinto não, eu...eu num tenho ideia de que possam me ajudar...porque eu venho pra'qui pra fazer HD né? Então não tenho ideia! Ah, eu... acho normal também né? Porque já que, nem uma casa é minha...eu fico pelo menos, lá e cá...aí fico conhecendo mais né? Me apegando mais às pessoas...” (BETA).

Com relação à circulação no território para além do CAPS e abrigo:

“Agora eu tô saindo só pra vir ‘praqui’, porque o médico disse que era pra... Liguei pra lá e disse que era pra me acompanhar, porque eu tava sentindo tontura... E que inclusive eu ia falar com ela, eu vou falar com ela, se eu já posso sair espontaneamente, como eu tava saindo antes... Eu num tenho ideia, foi quando eu fui internada aqui, que voltei pra lá e voltei impregnada... aí ele ficou com medo de... de eu sair e de acontecer alguma coisa... Ah eu num perguntei pra ela ainda... se ela... se tem algum problema de eu sair de novo... de eu ficar saindo, porque eu faço bico... eu tenho muito, muita amizade... eu tenho o mundo inteiro...”. (BETA).

Sobre se achava a rede do município suficiente, afirma: “Ah, foi, eu acho que... Eu continuo tomando remédio, toda quinta-feira, e faço aqui o BATUCAPS<sup>22</sup> também né, com vocês, e tá tudo bem”.

Peixe-Donzela relata que já acessou outros equipamentos de saúde além do CAPS: “Clínico geral, ginecologista... eu precisei já... do SUS né?”. Sobre o uso do Hospital Municipal:

“Não, porque até pouco tempo atrás eu tinha convênio. E durante este tempo que eu tô sem convênio eu não precisei não! Não, internada não. Eu nunca fui internada quando eu tinha convênio. É. Ou é cardiologista, só pra saber se tá tudo bem! Nunca tinha ido no cardiologista”. (PEIXE-DONZELA).

Sobre se sente que pode contar com a equipe do CAPS quando precisa, Donzela afirma: “Sim! Com certeza! Toda vez que tem algum problema eu venho aqui e eu consigo resolver!”.

Estas passagens acabam confundindo-se ou unindo-se um pouco ao capítulo anterior, no subitem núcleo afetivo, já que estamos falando de afeto. Há indicativos híbridos no que diz respeito ao CAPS, na fala de Beta, por exemplo: ao mesmo tempo em que diz que não entende porque vai ao CAPS e que está cansada de ver tantos médicos, quando o assunto

---

<sup>22</sup>Oficina de música e percussão realizada todas as quintas-feiras no CAPS III Mater, em que Beta participa cantando e tocando.

é a rede afetiva, percebendo que não possui um lar, considera benéfico estar no Abrigo e também no CAPS, pois pelo menos pode conhecer mais pessoas. Boto considera que não lhe falta nada no atendimento fornecido e não dá mais dados sobre sua rede de atenção, enquanto que Peixe Donzela chega a citar seu convênio em detrimento do SUS. Com relação ao CAPS, Donzela também diz que consegue contar com o serviço.

Neste caso, os equipamentos não citados dizem mais da Rede de Atenção Psicossocial do município, do que os serviços citados, pois se restringem ao CAPS. Ou seja, talvez este seja um indicativo de que o CAPS não tem conseguido dialogar com a RAPS do qual faz parte, ou ainda, que os equipamentos não são suficientes. No entanto, ficou claro que para estes sujeitos, o CAPS se apresenta como um local que os acolhe.

A única ação intersetorial que aparece aqui é o atendimento conjunto da saúde mental (CAPS) e da Assistência Social (Abrigo) prestado à Beta, e a visita feita pelo CAPS àquela instituição, onde a usuária revela ter se sentido mais segura após esta intervenção. Ações entre equipamentos da saúde, porém, são mais frequentes, no entanto, estas permanecem entre os equipamentos de urgência e emergência no Hospital Geral, ou o PAI (Hospital Psiquiátrico Regional), escapando da ordenação da rede que seria competência do CAPS (de acordo com a portaria 336/02) e não alcançando o preconizado pela portaria 3088/2011, (CAPS responsabilizando-se em conjunto à ESF, na ordenação da rede).

A própria organização da rede no município propicia uma disparidade nas ações de cuidado e conseqüentemente altera a lógica da Atenção Psicossocial, pois o Hospital Geral é submetido à DAHUE (Departamento de Atenção Hospitalar à Urgência e Emergência), o PAI é gerido por uma Organização Social (OS), submetida à DRS (Direção Regional de Saúde), portanto de diretriz Estadual e o CAPS III é subordinado à DAE (Departamento de Atenção Especializada). Este fracionamento enfraquece a atuação do CAPS na lógica da Atenção Psicossocial, que prevê ações territorializadas, partindo do olhar e da escuta sensível ao sofrimento dos usuários.

O número reduzido de leitos no hospital geral e a falta de médicos psiquiatras na urgência e emergência também são dificultadores da Rede de Atenção Psicossocial. No entanto, apesar do questionamento do porquê os casos de saúde mental têm chegado primeiro às instancias judiciárias e após aos serviços de saúde mental, ao menos identifica-se que, na maioria dos casos, o CAPS é o equipamento mais acionado, indicando que as instâncias

jurídicas o reconhecem enquanto local de cuidado. No mais, cabe à municipalidade muni-lo de condições físicas, profissionais e intelectuais para exercer com êxito este cuidado.

Para ilustrar o sucateamento que os CAPS têm enfrentado em diversos municípios, São Vicente, não obstante, também segue o mesmo direcionamento, como podemos observar através dos dados de pesquisa (2001) realizada em São Vicente, onde o número de profissionais do CAPS III Mater é apontado na época de sua inauguração (1993): “Esta equipe era multidisciplinar e composta de 10 psiquiatras, 6 psicólogos, 22 auxiliares de enfermagem, 2 enfermeiros e 1 assistente social, além de pessoal de apoio (escriturárias, serventes, vigias, etc.)” (SATO, 2001, p.6). O autor também relata que a instituição estava em crise, pois o NAPS feito para atender uma população de 70 a 80 mil pessoas, atendia àquela época, 250 mil e não possuía verba àquele momento para investir na criação de mais 2 NAPS a fim de desenvolver ações territorializadas.

Nos anos de 2011 e 2012, a configuração do serviço quanto ao número de profissionais efetivos era: 2 psiquiatras, 3 psicólogos (sendo uma responsável técnica da unidade), 1 terapeuta ocupacional, 10 auxiliares de enfermagem, 3 enfermeiras<sup>23</sup>, 2 assistentes sociais, 2 auxiliares administrativas (sendo uma delas, responsável administrativa) e 4 auxiliares de serviços gerais.

Desta forma, sendo o único CAPS III do município e recebendo usuários das outras unidades de saúde mental para HI, numa cidade de pouco mais de 300 mil habitantes, mostra-se evidente que um cuidado territorializado fica comprometido. O número reduzido de profissionais também aponta para um desinvestimento na área de Saúde Mental no município.

Nota-se nos apontamentos acima, que a Atenção Psicossocial, além de uma escolha ético-política do ponto de vista técnico, também o é do ponto de vista da gestão, sendo, portanto uma escolha dependente de vontade política para o investimento.

---

<sup>23</sup>No final do ano de 2012, foram transferidas duas enfermeiras dos plantões noturnos para outras unidades e admitidos auxiliares de enfermagem no lugar. Um dos plantões foi depois assumido por outra enfermeira e o outro plantão permaneceu sem enfermeiro até a finalização deste estudo.

## 7. CONCLUSÃO... (OU ARRASTÃO?)

Para retomar os objetivos do trabalho e a motivação para tal, repito trecho onde profissionais dos CAPS III do Estado de São Paulo se posicionaram frente aos desafios apresentados por este dispositivo e citaram como fonte de angústia: “o número de profissionais reduzido das equipes, rotatividade dos profissionais, a preocupação com as questões de urgência, dificultando o trabalho em rede, a solidão da gestão, dificuldades com os psiquiatras, dificuldades com o Poder Judiciário, diminuição do engajamento dos profissionais na militância”.

Vimos no decorrer do trabalho que as impressões apontadas por estes profissionais também se apresentaram nesta pesquisa. Se no momento de inauguração do CAPS III Mater, então responsável por conduzir o processo de desospitalização dos ex-internos da Casa de Saúde Anchieta, o movimento que pairava no ar era de engajamento sócio-político, não é mais este o movimento que percebemos hoje dentro do serviço. De alguma forma, as práticas de atenção parecem ter sido naturalizadas e cristalizadas.

Analisando o livro de plantão, por exemplo, de 20 anos atrás e lendo o atual, é nítida a constatação da forma como houve um desinvestimento no número de profissionais em detrimento do assombroso aumento da demanda. O que pode ter contribuído para o também desinvestimento de si dentro da dinâmica do serviço.

Os dados apontam para uma rede ainda frágil (apesar de potente e viva) e cabe perguntar o que aconteceu na época da intervenção da Casa de Saúde Anchieta, para que os CAPS/NAPS fossem criados, e os Serviços Residenciais Terapêuticos não. Foram identificadas lacunas na comunicação entre os parceiros intersetoriais e divergências entre o que cabe à Assistência Social e o que cabe à Saúde. Dificuldades também no diálogo entre estes parceiros e através da pesquisa buscou-se um estreitamento dos laços entre os mesmos.

Verificada a necessidade da criação de novos serviços como o CAPS AD III além da implantação de uma equipe de saúde mental no Hospital Municipal, ou mesmo a melhora na interlocução entre os CAPS e o Hospital Municipal. A contratação de novos profissionais também nos pareceu ser necessária, uma vez que os dados apontaram para a diminuição de técnicos de nível superior no CAPS, em contraponto ao aumento da demanda. Também se

evidencia a urgente criação de mais dispositivos de reabilitação psicossocial extra-hospitalares além de dispositivos extra-CAPS.

Para além das mudanças administrativo-estruturais, apontamos para a mudança ético-político das estratégias de controle pautadas na judicialização e medicalização, para a inserção dos mecanismos de justiça nas discussões intersetoriais e a retomada da noção de Atenção Psicossocial, própria do dispositivo CAPS. A retomada do CAPS III como dispositivo de Atenção à crise, em detrimento do PAI (Hospital Psiquiátrico), também de evidência como primordial.

## 8. PRODUTOS

### **8.1. Produto 1: Relatório técnico de reunião com juíza e apontamentos de ações intersetoriais possíveis com a justiça.**

Desta forma, e caminhando para a sexta etapa da pesquisa, destacamos reuniões já realizadas acerca da temática da judicialização com CREAS, Poder Judiciário e Defensoria Pública. A partir de casos emblemáticos no município, estes setores têm se reunido para discutir ações em conjunto. Relatamos brevemente, a seguir, como foi a reunião com o Poder Judiciário.

Foram até o fórum, a psicóloga do CREAS, a psicóloga (pesquisadora) e a assistente social do CAPS III Mater, para tentar falar com a juíza da vara de família. Fomos orientadas a procurá-la diretamente, sem horário prévio agendado, pois a mesma era muito solícita, fato que se confirmou, na abertura que a juíza deu em atender as profissionais.

Contrariando o imaginário da pesquisadora em relação aos magistrados, encontramos uma pessoa calma, serena e bastante interessada do outro lado da mesa. Entregamos o relatório elaborado pelos dois serviços (CAPS III e CREAS) relatando o caso. Pela primeira vez encontramos abertura para falar diretamente com a juíza, pois a orientação sempre foi a de encaminhar os relatórios para várias instâncias, até que fosse analisado pelo departamento jurídico da prefeitura. Esta prática sempre causou transtornos, pois enquanto o ofício passava de mão em mão, uma pessoa aguardava em sofrimento.

Foram tiradas algumas dúvidas em relação a outros casos, por exemplo, em relação ao funcionamento na internação involuntária e compulsória, ao que a própria juíza reconheceu que não estava muito clara esta questão, orientando a procurar o jurídico da própria prefeitura, no intuito de nos resguardarmos quanto aos procedimentos legais a serem adotados. Também anotou nossos e-mails e informou que haveria um curso para os magistrados, acerca destes tipos de internação.

Orientou-nos ainda a procurar o promotor de direitos humanos de SV, em relação a outros casos citados. Impressionada, elogiou a conduta do serviço que está conseguindo “internar” sem precisar da decisão da internação compulsória. Quanto esta fala, percebe-se que do ponto de vista da jurista, mesmo demonstrando certo controle dos corpos,

(FOUCAULT, 1987) aponta para uma ótica de cuidado, já que falávamos na verdade de HI no CAPS e não internação, muito menos, de internação compulsória. Foram pontuadas algumas questões à juíza, em relação à rede preconizada pelo Ministério da Saúde e a rede existente em São Vicente. Inferimos que quanto mais estreito o diálogo com a rede dos mecanismos de justiça, mais forte esta rede pode se tornar.

Tal contato pôs em xeque o imaginário da inacessibilidade ao Poder Judiciário pelas equipes, por parte da pesquisadora. Desta forma, outras pesquisas despontam em consonância com esta questão. Em pesquisa de revisão bibliográfica e nas participações em congressos científicos, foram observadas algumas experiências com foco em saúde mental e justiça, que revelam uma preocupação relevante com o tema, porém a maioria delas concentra-se em casos de loucos infratores, ou como sugere nova terminologia em casos de “pessoa adulta portadora de transtorno mental em conflito com a lei”. (SILVA; COSTA-MOURA, 2014).

Destarte, pensamos num produto que pudesse vislumbrar boas práticas na relação entre o CAPS III e os mecanismos de justiça. Conforme aponta pesquisa realizada sobre Hospitais de custódia na Bahia:

“Observa-se, assim, a pertinência da discussão e da integração de ações entre o Ministério da Justiça e o Ministério da Saúde, com participação, em todos os níveis, de representantes do Ministério Público, do Poder Judiciário, da sociedade civil, dos profissionais de saúde, entre outros. Justifica-se, ademais, a inclusão do tema na formação dos profissionais de saúde, visando potencializar os contatos destes com as famílias, seja no âmbito da unidade de saúde ou nos espaços comunitários, para a identificação dos casos e para o desenvolvimento da cidadania através de uma abordagem dialógica. Salienta-se, sobretudo, a importância de trazer para a instância de formação dos operadores jurídicos a perspectiva do direito à saúde.” (CORREIA, 2007, p. 156).

Em pesquisa realizada em São Paulo, capital, a experiência de um usuário cumprindo medida de segurança num CAPS III é objeto de estudo de caso. (MONTEIRO DE BARROS, 2013). Ademais, embora muitas pesquisas tenham versado sobre os Hospitais de custódia e “pessoa adulta portadora de transtorno mental em conflito com a lei”, como já foi dito, a revisão bibliográfica das mesmas pode contribuir para um melhor entendimento do que seja a judicialização, a fim de construir um arcabouço teórico para novas práticas de intersectorialidade entre Saúde Mental, Assistência Social e MP, PJ e Defensoria Pública para os loucos frequentadores (ou não) de CAPS, aproximando-se mais do termo juridicização.

### **8.2. Produto 2: A história do serviço em formato de cordel.**

Será entregue um exemplar ao CAPS III MATER com as fotonarrativas de alguns sujeitos da pesquisa, além do resgate histórico da unidade num livreto elaborado em formato de cordel.

### **8.3. Produto 3: Vídeo sobre as Redes – “Uma rede pra chamar de minha”.**

Roteiro:

Cordel: “Dá licença?”.

Vídeo lúdico com algumas das fotonarrativas declamadas com fundo musical e ilustrações de cordel, a fim de tornar mais leves, porém vivas e pulsantes as histórias dos sujeitos. O vídeo tem por objetivo aproximar a vivência dos sujeitos traduzindo de forma viva a existência-sofrimento dos mesmos, a fim de sensibilizar os diversos atores envolvidos para atuar na lógica do Cuidado e Atenção Psicossocial.

Concepção: Tacianna B. Pedrosa; Execução: Dino Menezes; Vozes: Jorge Lampa, Priscila Calazans, Rosane Paulo e Wagner Bastos; Trilha: Wagner Parra.

### **8.4. Produto 4: Seminário sobre as redes de saúde mental e a inserção dos mecanismos de justiça compondo a intersetorialidade.**

## **PROPOSTA DE EVENTO ABERTO GRATUITO**

**Mesa: A RAPS e a intersetorialidade com os mecanismos de justiça.**

**Tema do debate: Judicialização da saúde mental e intersetorialidade.**

**Área do Conhecimento:** Saúde

**Área temática:** Saúde Mental

Descrição: Este evento tem como proposta debater questões pertinentes à saúde mental e os mecanismos de justiça, pretende suscitar pontos pertinentes à Rede de Atenção Psicossocial

de pessoas com transtorno mental severo e persistente, na perspectiva de inclusão dos mecanismos de justiça como parceiros intersetoriais na lógica do cuidado e Reabilitação Psicossocial. Este é um evento de devolutiva da pesquisa: “A judicialização da saúde mental e suas interfaces com a Rede de Atenção Psicossocial”, realizada no Mestrado Profissional Ensino em Ciências da Saúde, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Inês Badaró Moreira.

Proposta: (27/Mar/2015, às 17 horas) terá uma mesa de debates “Uma rede prá chamar de minha: A judicialização da Saúde Mental e sua interface com a Rede de atenção Psicossocial” com o tema Judicialização da saúde mental e intersetorialidade, conduzido por professores convidados e com a coordenação da Profa. Maria Inês Badaró Moreira. Contamos com a participação de diversos protagonistas do cenário da Saúde Mental na Baixada Santista: alunos, extensionistas, técnicos, movimento social e demais interessados neste tema e em especial os profissionais da rede de saúde mental em São Vicente, município no qual foi realizado a já referida pesquisa.

**Objetivos:**

- Refletir sobre os desafios atuais na clínica em Saúde Mental;
- Contribuir com o debate sobre os diferentes atores intersetoriais relacionados ao trabalho em Serviços de Atenção Psicossocial;
- Oferecer a devolutiva da pesquisa realizada no município de São Vicente.

**Público-alvo:** profissionais dos serviços voltados às políticas públicas de saúde mental e assistência social, profissionais do Poder Judiciário e Ministério Público (além de outros atores dos mecanismos de justiça), alunos dos diferentes cursos, estagiários que estão nos serviços de saúde mental, alunos de mestrado que trabalham a temática da Saúde Mental, demais interessados e Comunidade em geral, além dos demais segmentos da comunidade acadêmica.

**Estratégia:** Esta mesa terá convidados que realizarão um debate sobre a temática sugerida. Em seguida, teremos uma plenária aberta para debater questões pertinentes aos serviços.

**Número de pessoas esperadas:** 50 pessoas

**Carga Horária:** 3 horas

**Data de realização:** 27 de Março de 2014 – 17h

**Local:** Saguão – primeiro saguão. Edifício Central UNIFESP – Silva Jardim – Santos.

**Equipamentos de informática:**

Montagem de som, microfone, multimídia, projetor no dia 27/12/2013 às 16h.

(Início do evento 17h. Desmontagem 20h30min dos equipamentos).

Estrutura: cadeiras, mesa de debatedores, mesas plásticas de apoio.

**Serviços de copa:** café e água.

**Equipe executora:**

**Coordenação:** Profa. Dra. Maria Inês Badaró Moreira

**Organização:** Tacianna Bandim Pedrosa (Mestranda do Curso Ensino em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional, UNIFESP/ Baixada Santista).

## 9. REFERÊNCIAS

ALARCON, S.; BELMONTE, P.R. ;JORGE, M.A.S.; O Campo de Atenção ao Dependente Químico. In: ALARCON, S.; JORGE, M.A.S. (Org) **Álcool e outras Drogas: Diálogos sobre um mal estar contemporâneo**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

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

\_\_\_\_\_. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, M.I.A., SCARCELLI, I.R. & COSTA, E.S. (Orgs.) *Fim de século: ainda manicômios?* p. 47-53. São Paulo: IPUSP, 1999.

ARANTES, R.B. **Ministério Público e Política no Brasil**. São Paulo: EDUC: Editora Sumaré: FAPESP, 2002.

\_\_\_\_\_. Verbete: Ministério Público. In: Di Giovanni, G. e Nogueira, M. A. **Dicionário de Políticas Públicas**. São Paulo: FUNDAP, 2013.

ASENSI, F.D. Judicialização ou juridicização? As instituições jurídicas e suas estratégias na saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**: Rio de Janeiro [online]. 2010, vol.20, n.1, pp. 33-55. ISSN 0103-7331. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n1/a04v20n1.pdf> > (acesso em: 09/07/2013).

AYRES J.R.; PAIVA, V.; BUCHALLA, C.M. In: AYRES J.R.; PAIVA, V.; BUCHALLA, C.M. (Org.) **Vulnerabilidade e Direitos Humanos** – prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania – Livro I, Curitiba: Juruá, 2012.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, M. **Poesia completa**. São Paulo: Leya, 2010.

BASAGLIA, F. **A Instituição Negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985. P. 99-133.

BASAGLIA, F.; BASAGLIA, F.O. Los crímenes de la paz. In: BASAGLIA, F.; BASAGLIA, F.O. (Org.) **Los crímenes de la paz**: investigación sobre los intelectuales y los técnicos como servidores de la opresión. Trad. Juan Diego Castillo com la colaboración de Maria Elena Petrilli e Marta E. Ortiz. Revisión técnica de Armando Suárez. Madri: siglo Veintiuno de España editores, 1977.

BAUMAN, Z. **Comunidade: A busca por segurança no mundo atual**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

BORGES, N.M. **O Caso Damião Ximenes: uma análise sócio-jurídica do acesso à Comissão e à Corte Interamericana de Direitos Humanos**. Dissertação: Niterói (RJ) UFF/ Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Direito, 2008.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Publicado no Diário Oficial da União de 9.4.2001.*

\_\_\_\_\_. **Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976.** Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. *Publicado no Diário Oficial da União de 22.10.1976.*

\_\_\_\_\_. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006.** Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. *Publicado no Diário Oficial da União de 24 de Agosto de 2006.*

\_\_\_\_\_. **Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002.**

\_\_\_\_\_. **Portaria GM nº 2391, de 26 de dezembro de 2002.**

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.**

\_\_\_\_\_. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. **Censo Demográfico Brasileiro: Características da população e dos domicílios.** Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, IBGE, Rio de Janeiro, 2011.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde. PNAB, Política Nacional de Atenção Básica.** Departamento de Atenção Básica, Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados 10,** ano VII, nº 10. Informativo eletrônico. Brasília: março de 2012. Disponível em <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)> e <[www.saude.gov.br/bvs/saudemental](http://www.saude.gov.br/bvs/saudemental)> (acesso em 21/03/2013).

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, nº 34.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRITTO, R.C. **A Internação Psiquiátrica Involuntária e a Lei 10.216/01. Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental.** Dissertação. Rio de Janeiro (RJ): ESNP; 2004.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo.** Rio de Janeiro: Graal, 1978.

\_\_\_\_\_. La contradicción psiquiátrica. In: BASAGLIA, F.; BASAGLIA, F.O. (Org.) **Los crímenes de la paz: investigación sobre los intelectuales y los técnicos como servidores de la opresión.** Trad. Juan Diego Castillo com la colaboración de Maria Elena Petrilli e Marta E. Ortiz. Revisión técnica de Armando Suárez. Madri: siglo Veintiuno de España editores, 1977.

CORREIA, L.C. **Avanços e impasses na garantia dos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais autoras de delito.** Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas, Concentração em Direitos Humanos. João Pessoa, 2007.

COSTA-ROSA, A. Modo Psicossocial: um novo paradigma nos tratamentos psíquicos em saúde coletiva. **Vertentes**, vol. 5, p. 11-22. Assis, 1999.

\_\_\_\_\_. **Atenção Psicossocial além da reforma psiquiátrica: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva.** Editora Unesp: São Paulo, 2013.

COSTA, J.F. **História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico.** Rio de Janeiro: Xenon, 1989.

CRUZ, E.G. **Gravidez concebida, maternidade negada: o percurso da fantasia ao real.** Dissertação de mestrado. Pontifícia Universidade Católica: São Paulo, 2003.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M.C. de (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 9.ed. Petrópolis: Vozes, 1994. p.51-66.

DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Apresentação Cracolândia.** Núcleo Especializado de Cidadania e Direitos Humanos. Disponível em: <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/31/Documentos/Apresenta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Cracolandia.pdf>> (Acesso em 22/10/2013).

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise. In: DELGADO, J. (org. e tradutor). **A loucura na sala de jantar.** São Paulo: Resenha, 1991, p.53-79.

DELGADO, P. G. **As razões da tutela.** Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.

DELEUZE, G. Post-scriptum sobre as sociedades de controle. In: DELEUZE, G. **Conversações: 1972-1990.** Rio de Janeiro: Ed.34, 1992. p. 219-226.

DESLANDES, S.F. A construção do projeto de pesquisa. In: MINAYO, M.C. de (org.). In: **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 6.ed. Petrópolis: Vozes, 1994. p.31-50.

DIAZ, A.R.M.G. **Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: A regulação da “porta” nos Centros de Atenção Psicossocial.** Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2009.

FREITAS, P. **Vídeo Saúde em Cordel, 25 anos**. Fiocruz, 2013. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br/site/noticias/biblioteca-de-downloads/finish/5-material-grafico/16-videosaude-em-cordel-25-anos.html>> (acesso em: 08/10/2013).

FONSECA, E.M.; BASTOS, F. I. Os tratados Internacionais Antidrogas e o Brasil: Políticas, Desafios e Perspectivas. In: ALARCON, S.; JORGE, M.A.S. (Org) **Álcool e outras Drogas: Diálogos sobre um mal estar contemporâneo**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

FOUCAULT, M. **A história da loucura da idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**; Trad. Raquel Ramalhete, Petrópolis: Vozes, 1987.

JORGE, M.S.B., QUINDERÉ, P.H.D., YASUI, S., ALBUQUERQUE, R.A. Ritual de consumo do *crack*: aspectos socioantropológicos e repercussões para a saúde dos usuários. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. Rio de Janeiro, Outubro, 2013, vol.18, n.10, pp.2909-2918. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n10/v18n10a15.pdf>> (acesso em: 22/06/2014).

KINOSHITA, R.T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 55-59.

MATTA, G.C; MOROSINI, M.V.G. Verbete: Atenção à saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html> (Acesso em 28/09/2014).

MELMAN, J. **Família e doença mental**: Repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras, 3ª edição, 2008.

MESQUITA, A.M.O.; DESLANDES, S.F. A Construção dos Prontuários como Expressão da Prática dos Profissionais de Saúde. **Saúde e Sociedade**. [online] São Paulo, v.19, n.3, p.664-673, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/17.pdf>> (acesso em 22/08/2014).

MONTEIRO DE BARROS, A. L. **Cuidar em liberdade: o cuidado em saúde mental de usuário cumprindo medida de segurança em CAPS III**. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2013.

MOREIRA, M.I.B.; ANDRADE, A. N. Ouvindo loucos: construindo possibilidades de viver com autonomia. **Psicologia Saúde & Doenças** [online]. 2003, vol.4, n.2, pp. 249-266. Disponível em: < <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v4n2/v4n2a06.pdf> > (acesso em: 22/08/2014).

MINAYO, M.C. “Ciência, técnica e arte: o desafio da Pesquisa Social. In: MINAYO, M.C. de (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 6.ed. Petrópolis: Vozes, 1994, p.9-29.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NASIO, J. -D. **A Dor de Amar**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.

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: **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22 (5): 1053-1062, maio, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/18.pdf>> (acesso em 25/09/2013).

PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO VICENTE. **Livro de Plantão CAPS III MATER**. Departamento de Saúde Mental. CAPS III MATER. 1993.

ROSA, J.G. **Primeiras Estórias**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p.17-59.

ROTELLI, F. A instituição inventada. **Revista Per la salute mentale/For mental health** 1/88 – do “Centro Studi e Ricerche per la Salute Mentale della Regione Friuli Venezia Giulia” Tradução de Maria Fernanda de Sílvia Nicácio. Revisão da tradução: Cláudia Chaves Martins. Casa de Saúde Anchieta, Santos). Disponível em: <[http://www.oriundi.net/files/istituz.invent\\_po.pdf](http://www.oriundi.net/files/istituz.invent_po.pdf)> (acesso em 22/08/2014).

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A.M., (Org). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo (SP): Hucitec; 1996. p.13-18.

SATO, H. T. **Práticas psicanalíticas em instituição: Oficina terapêutica de arranjos florais**. Dissertação de mestrado: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001.

SILVA, M; COSTA-MOURA, R. De “louco infrator” a “pessoa adulta portadora de transtorno mental em conflito com a lei”: sobre categorias governamentais e processos de vulnerabilização. **Interseções**, v. 15, nº 2, p. 301-328, Rio de Janeiro, Dez. 2013. Disponível em: < <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/intersecoes/article/view/9536/7387>>(acesso em: 24/08/2014).

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde: 2010.

TUMELERO, S.M . **Intersetorialidade na gestão de políticas públicas**. In: III Seminário Nacional Sociologia & Política, 2011, Curitiba. Seminário Nacional Sociologia e Política (Online). Curitiba: UFPR, 2011. v. 14. (Acesso em: 21/10/2013).

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: 2006.

YOUTUBE. Youtube: <<https://www.youtube.com/watch?v=Nn4INwGXRIE>> (acesso em 22/06/2014.)

\_\_\_\_\_. <<http://www.saopaulo.sp.gov.br/offline.html?id=228493>> (acesso em 22/06/2014).

\_\_\_\_\_. <[https://www.youtube.com/watch?v=8\\_zUTGgL0vY](https://www.youtube.com/watch?v=8_zUTGgL0vY)> (acesso em: 19/09/2014).

## 10. APÊNDICES

### APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

#### IDENTIFICAÇÃO DA ENTREVISTA

Entrevista n. \_\_\_\_\_

Data da Entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora de início: \_\_\_\_\_ Hora de término: \_\_\_\_\_

#### IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Diagnóstico – CID 10: \_\_\_\_\_

#### QUESTÕES

1. Há quanto tempo você faz tratamento psiquiátrico?
2. Quantas internações psiquiátricas você já teve?
3. Em que locais você já foi internado(a)?
4. Porque ocorreu a internação?
5. Quando e como você iniciou tratamento neste CAPS? Por quê?
6. Alguma vez você já abandonou o tratamento? Por quê?
7. Se sim, o que aconteceu durante este período?
8. Você mora com alguém? Quem?
9. As pessoas que moram com você acompanham seu tratamento?
10. Você sente que pode contar com a equipe do CAPS nas situações em que necessita?

## **APÊNDICE B – AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA**

São Vicente, 02 de Abril de 2013.

À Chefe de Departamento de “Saúde Mental”

Diretoria de Atenção Especializada – Prefeitura Municipal de São Vicente

Solicito autorização para a realização da pesquisa intitulada “**A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL E SUAS INTERFACES COM A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**”, Sob orientação da Profa. Dra. Maria Inês Badaró Moreira.

Esta pesquisa pretende revelar a Rede de Atenção Psicossocial de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, da modalidade III, em situação de judicialização ou que chegaram ao serviço por via judicial. Serão selecionados 12 casos, a partir dos usuários que passaram pelo regime de hospitalidade integral no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2012. A fase inicial da pesquisa requer análise de documentos e prontuário. A fase seguinte se constitui de entrevistas semiestruturadas. Em seguida serão construídas narrativas de vida para identificação e análise de uma possível rede de atenção psicossocial, afetiva, de proteção e de apoio. Para análise da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) será utilizada a PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011, do Ministério da Saúde, que institui a RAPS; a rede afetiva será analisada a partir do reconhecimento e identificação de pessoas feita pelo próprio sujeito; a rede de proteção e apoio é aquela constituída pelos comitês de Direitos, movimentos sociais, entidades diversas e/ou outros parceiros, citados pelos sujeitos. O produto final será a elaboração de uma representação gráfica da rede de cada um dos sujeitos, representação esta que será apresentada ao serviço.

Atenciosamente,

**TACIANNA BANDIM PEDROSA**

*Mestranda do Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde*

*UNIFESP – Campus Baixada Santista*

Eu, \_\_\_\_\_, Chefe de Departamento “Saúde Mental”.

Diretoria de Atenção Especializada – Prefeitura Municipal de São Vicente autorizo a realização da referida pesquisa.

## **APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO DE USO DE BANCO DE DADOS**

### **1. Identificação do pesquisador:**

Nome completo	CPF
1) Tacianna Bandim Pedrosa	303.953098-40

### **2. Identificação da pesquisa:**

- a. **A judicialização da saúde mental e suas interfaces com a Rede de Atenção Psicossocial.**
- b. Curso: Programa de Pós-graduação Ensino em Ciências da Saúde
- c. Orientador: Professora Dra. Maria Inês Badaró Moreira.
- d. Pesquisador responsável: Tacianna Bandim Pedrosa.

### **3. Declaração:**

Eu, pesquisadora identificada acima, baseados nos itens III.3.i e III.3.t das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Res CNS 196/96) e na Diretriz 12 das Diretrizes Éticas Internacionais para Pesquisas Biomédicas Envolvendo Seres Humanos (CIOMS/93), declaramos que:

- a) O acesso aos dados registrados em prontuários de pacientes ou em bases de dados para fins da pesquisa científica será feito somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP. O acesso aos dados será supervisionado por uma pessoa que esteja plenamente informada sobre as exigências de confiabilidade;
- b) Asseguraremos o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o anonimato e a imagem do sujeito bem como a sua não estigmatização;
- c) Asseguraremos a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro;

- d) O pesquisador responsável estabeleceu salvaguardas seguras para a confidencialidade dos dados de pesquisa. Os sujeitos envolvidos serão informados dos limites da habilidade do pesquisador em salvaguardar a confidencialidade e das possíveis consequências da quebra de confidencialidade, caso seja necessário;
- e) Os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para a finalidade prevista no protocolo;
- f) Os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado. Todo e qualquer outro uso que venha a ser planejado, será objeto de novo projeto de pesquisa, que será submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP.

São Vicente, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**Ass. da pesquisadora:**

**TACIANNA BANDIM PEDROSA**

*Mestranda do Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde*

*UNIFESP – Campus Baixada Santista*

## **APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Você está sendo convidado para participar da Pesquisa “A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL E SUAS INTERFACES COM A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL”, sob a responsabilidade da pesquisadora Tacianna Bandim Pedrosa, a qual pretende: Mapear a Rede de Atenção Psicossocial, a Rede afetiva e de apoio dos usuários atendidos no CAPS III, que permaneceram em Hospitalidade Integral em 2011/2012 e foram acompanhados pelo Ministério Público e/ou Poder Judiciário. Sua participação é voluntária e se dará por meio de entrevista a ser realizada pela pesquisadora em local previamente definido. Não são esperados riscos ou desconfortos relacionados a este procedimento. Se você aceitar participar, estará contribuindo para a análise das condições da relação entre Ministério Público, Poder Judiciário e o usuário dos serviços de saúde mental em seu município. Se depois de consentir em sua participação você quiser desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. Você não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, você poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço Rua Padre Anchieta, 211 – CAPS III MATER, pelo telefone (13) (3467-1413), ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: [cepunifesp@epm.br](mailto:cepunifesp@epm.br) Em caso de dano pessoal, ocasionado durante a realização do procedimento proposto neste estudo, o participante tem direito a ser encaminhado à unidade de saúde mais próxima acompanhado de integrante da pesquisa, bem como às indenizações legalmente estabelecidas.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

---

Assinatura do sujeito de pesquisa/representante legal      data

---

Assinatura da testemunha      data

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

---

Assinatura do responsável pelo estudo      data

## **APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** **Prontuário**

Você está sendo convidado para participar da Pesquisa “**A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL E SUAS INTERFACES COM A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**”, sob a responsabilidade da pesquisadora Tacianna Bandim Pedrosa, a qual pretende: Mapear a Rede de Atenção Psicossocial, a Rede afetiva e de apoio dos usuários atendidos no CAPS III, que permaneceram em Hospitalidade Integral em 2011 e 2012 e foram acompanhados pelo Ministério Público e/ou Poder Judiciário. Sua participação é voluntária e se dará por meio de consulta e análise de seu prontuário. Não são esperados riscos ou desconfortos relacionados a este procedimento. Se você aceitar participar, estará contribuindo para a análise das condições da relação entre Ministério Público, Poder Judiciário e o usuário dos serviços de saúde mental em seu município. Se depois de consentir em sua participação você quiser desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. Você não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, você poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço Rua Padre Anchieta, 211 – CAPS III MATER, pelo telefone (13) (3467-1413), ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: [cepunifesp@epm.br](mailto:cepunifesp@epm.br). Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

---

Assinatura do sujeito de pesquisa/representante legal      data

---

Assinatura da testemunha      data

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

---

Assinatura do responsável pelo estudo      data

## 11. ANEXOS

### Anexo 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO PAULO - UNIFESP/  
HOSPITAL SÃO PAULO



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL E SUAS INTERFACES COM A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

**Pesquisador:** Tacianna Bandim Pedrosa

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 15575813.0.0000.5505

**Instituição Proponente:** Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 389.788

**Data da Relatoria:** 23/08/2013

##### **Apresentação do Projeto:**

Conforme parecer CEP. 382538 de 16/8/2013.

##### **Objetivo da Pesquisa:**

Conforme parecer CEP. 382538 de 16/8/2013.

##### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Conforme parecer CEP. 382538 de 16/8/2013.

##### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Conforme parecer CEP. 382538 de 16/8/2013.

##### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

pendências atendidas de forma adequada ( autorização para acesso a prontuário).

##### **Recomendações:**

não se aplica

##### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

sem inadequações adicionais

##### **Situação do Parecer:**

Aprovado

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14  
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061  
 UF: SP Município: SAO PAULO  
 Telefone: (11)5539-7162 Fax: (11)5571-1062 E-mail: cepunifesp@unifesp.br



## Anexo 3

# Prefeito Luca inaugura núcleo de atendimento à saúde mental

Foi inaugurado na manhã do dia 18, terça-feira, o Núcleo Mater de Atenção Psicossocial - Unidade de Saúde Mental em Defesa da Vida, localizado à rua Padre Anchieta nº 221, centro de São Vicente.

Na ocasião da inauguração, realizada pelo prefeito Luiz Carlos Luca Pedro e pelo Secretário de Saúde de São Vicente, Dr. Arthur Chioro. Compareceram várias autoridades como vereadores, secretários municipais, técnicos ligados ao setor e autoridades de saúde.

A inauguração desse Núcleo de Atendimento aos portadores de deficiências mentais é de suma importância para São Vicente, sendo que este foi um passo muito significativo dado pelo governo Luca, uma vez que São Vicente necessita de unidades como esta para atender os necessitados. Luca e Chioro estão de parabéns por essa iniciativa tomada, defendendo o direito dos pacientes que sofrem de males mentais e dando à eles condições dignas de atendimento e tratamento.

O Núcleo de Atendimento às pessoas deficientes mentais tem como objetivo, prestar um atendimento humano, distante do tradicional tratamento psiquiátrico, considerado por muitos, cruel em função do isolamento dos pacientes. Agora, com essa nova iniciativa do governo Luca, o tratamento dispensado aos deficientes será mais humano, não havendo confinamento, nem clausura dos doentes.

São necessárias mais unidades



O prédio onde está instalada a Unidade de Saúde Mental

como esta, de atendimento aos deficientes mentais de nossa cidade. Em São Vicente, temos um quadro muito grave no que diz respeito ao número de pessoas que perambulam pelas ruas e são portadoras de deficiências mentais. Muitas dessas pessoas são abandonadas pela própria família e andam pelas ruas com garrafas quebradas e outros objetos cortantes, como fa-

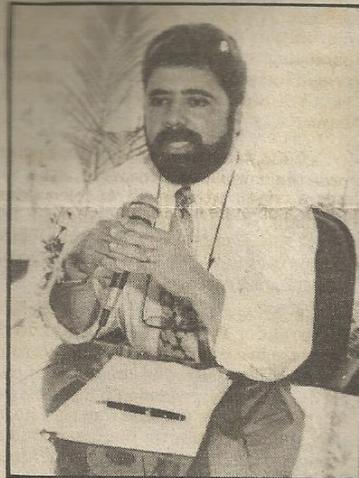
cas, pedaços de ferro e punhais que podem levar perigo à população. Esperamos que tomem providências quanto às pessoas que ficam na Rua Jacob Emerich, no trecho entre a Praça Barão do Rio Branco até a Rua Tibiriçá, pois há, naquele local, uma senhora muito agressiva que está sempre armada com um pedaço de ferro e já agrediu diversas pessoas.



## Anexo 5

## Prefeito Luca discursa emocionado

Não dá para falar. Com Vice-Prefeito Marizete, senhores vereadores, venhamos. Marizete que aproveito para comemorar, com Secretário de Saúde Arthur, em seu nome quero comemorar todos os secretários aqui presentes, a comunidade, representantes de São Vicente, toda a nossa comunidade, o pessoal de Santos que veio nos prestigiar, a equipe de trabalho, a Dra. Suzana que é a coordenadora. Eu me sinto neste momento bastante emocionado. Acabo de vir de outra reunião onde outros problemas de São Vicente estavam sendo abordados. Dificuldades que a nossa cidade passa e com certeza ao longo desses anos nós ainda iremos conviver. Mas não em momentos como esse que me parece, a coisa pública ganha outro sentido, ganha um novo patamar, quando a gente escuta aqui palavras como resgate da cidadania e defesa da vida. Quando escutamos aqui a palavra Liberdade, que, de repente, quando eu olho aqui e vejo nessa mis-  
 tra de pessoas ilustres, de pessoas representativas, eu fico a me perguntar: Suzana. Quem é louco nesta plateia aqui? E parece que vejo aqui um grande bando de loucos que vivem em São Vicente. Me parece que é esse sentido que passamos expressar, que cada um de nós tem um pouco de loucura e talvez essa loucura que hoje estamos falando aqui, ao abrir as portas desta unidade e esta porta está aberta no duplo sentido. Para entrar e para sair. Bem no dia em que a gente está comemorando a luta que é justamente, a luta contra os manicômios fechados. O deputado Paulo Delgado, que representa nosso partido teve a oportunidade de apresentar no Congresso um projeto nesse sentido. Onde a gente tenta interpretar a loucura de uma maneira. Não é uma miopia que muitos enxergam onde parece que o projeto deve ser colocado fora da convivência. É justamente nessa palavra que a Suzana colocou muito bem. É amor familiar, é no amor na comunidade, é nesse sentido de que todos nós temos um pouco dessa problemática dentro de nós e que nós temos que fazer desse trabalho que deve ser não somente copiado, como nós estamos copiando nesse momento porque como foi lembrado, a cidade de Santos fez esse trabalho e diga-se de passagem, quando convidou o Dr. Arthur para ser nosso Secretário de Saúde, para a questão de colocar o nome da Dra. Suzana não só por ser vicentina,



Prefeito Luca

por ser uma "louca" de São Vicente, mas por estar lá também no trabalho de Santos e poderia vir aqui e estar demonstrando não só nessa abertura simbólica, o seu trabalho e junto com outras pessoas com outros loucos de Santos conseguiram dar uma qualificação do serviço de saúde mental tão apropriado, tão qualificada, nós só podemos agradecer a todos que vão se empenhar nesse trabalho. Alguém já dizia há muitos anos atrás que quando a gente não olha para essas minorias a gente não pode fazer uma reflexão profunda do que é a vida, do que é o ser humano, do que é cidadania. Nós precisamos aqui, para todos aqueles que não compreendem o que é o papel destinado à convivência humana na cidade de São Vicente, nós temos que não só olhar o exemplo de que vai ser feito aqui, e vejamos os senhores, vejam só as senhoras, vejam só a imprensa, só nestes últimos dias, 700 pessoas foram atendidas aqui. Isso porque um indivíduo atendido em nossa cidade que estava em condições de cometer suicídio, os nossos amigos, amigos que vivem na nossa cidade, não quer saber que desse atendimento em uma estrutura desse tipo, não é suficiente, que chama a atenção de todos. Não é suficiente mentalmente, não é suficiente apenas. Alguns ainda não sabem disso e tem a certeza de fazer um trabalho que inicialmente ocupou alguns públicos na Câmara Municipal e não conse-

guem compreender que o trabalho de Metropolização passa por questões como esta. E a cidade de São Vicente não pode se furtar quando precisar ajudar outros municípios que tem dificuldades, estaremos abrindo as nossas portas. As nossas portas da cidade de São Vicente estão abertas para receber o lixo de Santos quando está com problemas e que muitos não conseguem entender essa situação. Assim como eles recebiam os nossos irmãos com problemas mentais nós recebemos sim, os irmãos dessa cidade. Vamos receber lixo para mostrar que São Vicente mesmo diante das suas dificuldades, pois como Suzana disse, existe por parte desse governo muito amor. Não temos dinheiro suficiente para fazer grandes obras e transformar essa cidade num paraíso modelo internacional. O povo de São Vicente vai poder falar, vai se manifestar, vai poder ir a porta da Prefeitura e falar com o prefeito, xingar o prefeito, porque aqui há liberdade para o povo poder se expressar. Iremos deixar o governo com isto implementado, pois se isto tivesse acontecido num passado próximo nós não estaríamos com nossa cidade no atraso que está. Parabéns Dr. Arthur, parabéns dra. Suzana, parabéns aos nossos funcionários, parabéns a São Vicente Cellula Mater, a primeira Unidade do Brasil, hoje tem a sua célula, a primeira unidade, para os nossos coleguinhas para os nossos amiguinhos que são tão loucos quanto nós. Parabéns a você que vai ser atendido aqui. Muito obrigado.

## Anexo 6

## Prefeito Luca e Arthur Chioro inauguram núcleo de saúde mental



O prefeito Luca, muito emocionado, fez uma explanação das dificuldades que tem encontrado em sua administração para concretizar seus objetivos

O prefeito Luca e o secretário de Saúde, Dr. Arthur Chioro, inauguraram, na manhã do dia 18, terça-feira, o Núcleo Mater de Atenção Psicossocial, uma unidade de saúde mental que passa a atender os pacientes no centro de São Vicente. A unidade tem como objetivo, prestar um atendimento humano muito diferenciado do tradicional atendimento em hospitais psiquiátricos. Não há mais clausura dos pacientes que sofrem de problemas mentais. (Página 3).



O prédio onde está instalada a Unidade de Saúde Mental em Defesa da Vida

## Anexo 7

25

FZW37569 1805 1257 SCM/SP (J80) 001/001  
EQNADO-SANTOS/SP 18/1258

DESTINATÁRIO

URGENTE PC  
NUCLEO MATER  
A/C PSICO-SOCIAL  
RUA PADRE ANCHIETA N/0 211 CENTRO  
SÃO VICENTE/SP (11310-000)

1350

CORREIOS

TEXTOS

CONGRATULAÇÕES POR MAIS ESSA EMPREENDEDORA INICIATIVA NA VALORIZAÇÃO  
DA VIDA E DA SAÚDE.  
IRLEY MACHADO

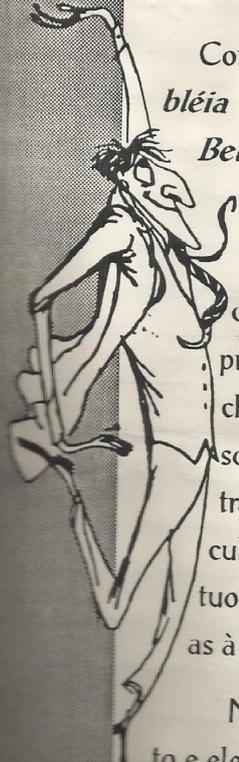
REMETENTE

IRLEY MACHADO  
RUA GONCALO MONTEIRO 259 AP. 22  
SÃO VICENTE/SP (11320-110) SJO

Anexo 8

69

# CONVITE



Convidamos você a participar da *Assembléia da Fundação da Associação Maluco Beleza* no dia **27 de maio** às **19 horas** à Rua Padre Anchieta nº 211.

É uma associação sem fins lucrativos de cunho sócio cultural que tem como principal finalidade garantir o acesso dos chamados "doentes mentais", à vida em sociedade através de frentes alternativas de trabalho, debates, seminários, produções culturais que modifiquem o olhar preconceituoso que condenou e condena tantas pessoas à mais indigna marginalização.

Nesta Assembléia será aprovado o estatuto e eleita a diretoria.

Compareça, contamos com você.

ASSOCIAÇÃO MALUCO BELEZA

*Aos funcionários divulgar!*

*para o grande e Solange frei dos 75 144  
Rua do 13 de 206, e aos sábados eles  
algos tudo japonês no Sábados da*

## Anexo 9

TELEGRAMA RÁPIDO E CONFIABILIDADE A SUA DISPOSIÇÃO

11562 Z SPSB  
11201 B SPFS  
26/1943  
FZW02456 2605 1851 STT/SP(123)  
SANTOS/SP

26 MAI 00065 002002

URGENTE  
ASSEMBLEIA DA FUNDACAO DA ASSOCIACAO  
MALUCO BELEZA  
RUA PADRE ANCHIETA 211  
SAOVICENTE/SP(11310)

PARABENS PELA INICIATIVA E A CONCRETIZACAO DE SEUS  
SONHOS, SUCESSO  
COORDENADORIA ESPECIAL DA MULHER  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS

REMETENTE  
SELMA LAPA CORTEJANO  
ENOM:SELMA LAPA CORTEGIANO  
RUA CARVALHO DE MENDONCA 85 ENCRUZILHADA  
SANTOS/SP(11065)

TELEGRAMA RÁPIDO E CONFIABILIDADE A SUA DISPOSIÇÃO

11562 Z SPSB  
11201 B SPFS

DISQUE 135  
RESPONDA SEU  
TELEGRAMA HOJE E  
PAGUE DEPOIS ATRAVÉS  
DA CONTA DO TELEFONE