



Revista Tempo e Argumento

E-ISSN: 2175-1803

tempoeargumento@gmail.com

Universidade do Estado de Santa Catarina
Brasil

Marmitt Wadi, Yonissa

Uma história da loucura no tempo presente: os caminhos da assistência e da reforma psiquiátrica no
Estado do Paraná

Revista Tempo e Argumento, vol. 1, núm. 1, enero-junio, 2009, pp. 68-98

Universidade do Estado de Santa Catarina
Florianópolis, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=338130370005>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto



TEMPO E ARGUMENTO

Revista do Programa de Pós-Graduação em História

Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 68 – 98, jan./jun. 2009

UMA HISTÓRIA DA LOUCURA NO TEMPO PRESENTE: os caminhos da assistência e da reforma psiquiátrica no Estado do Paraná

Yonissa Marmitt Wadi*
Universidade do Oeste do Paraná

Resumo

São escassos no Brasil os estudos historiográficos sobre a loucura e seus correlativos como a assistência, as instituições, os saberes e as práticas que ultrapassem a marca dos anos trinta do século XX. Quando se enfatiza a história específica da assistência psiquiátrica, além de serem raros os estudos que discutem no campo da História, a etapa mais recente deste processo, ou seja, a que corresponde ao movimento de Reforma Psiquiátrica, tampouco existem estudos sobre as especificidades do movimento, em todas as unidades da federação. Considerando tal premissa constitui objetivo principal deste texto, historicizar as nuances deste processo no estado do Paraná. Para tanto, contextualizo inicialmente o processo de reforma em âmbito nacional e a seguir destaco aspectos relevantes da trajetória da assistência psiquiátrica no estado até o desenrolar do referido movimento de reforma.

Palavras-chave: Loucura; assistência psiquiátrica; reforma psiquiátrica.

HISTORY OF MADNESS IN THE PRESENT: the ways of assistance and the psychiatric reform in the state of parana

Abstract

They are scarce in Brazil historiographical studies on the madness and its correlative as the assistance, institutions, knowledge and practices that exceed the mark of thirty years of the twentieth century. When it emphasizes the specific history of psychiatric social services, in addition to few studies that discuss in the field of history, the latest phase this process that is corresponded to movement of Psychiatric Reform, also there aren't studies about the specifics of the motion over on of the federation units. Given this premise is main goal this article, historicizing the nuances this process in the state of Parana. For this, initially it was contextualized

* Este artigo apresenta discussões vinculadas ao projeto de pesquisa “Assistência psiquiátrica no Estado do PR: mapeamento e análise histórica das instituições, da legislação e das principais políticas públicas”, desenvolvido com apoio financeiro do CNPq e da Fundação Araucária de Pesquisa – PR.

the process of reform at the national level and then we highlight an important aspect of the trajectory of psychiatric social services in the state until the conduct of the movement for reform.

Keywords: Madness; psychiatric social services; psychiatric reform.

Introduzindo a discussão

Olhar historiográfico brasileiro pouco tem se voltado para as problemáticas do tempo presente ou para a história contemporânea¹, num recorte que abarque o tempo no qual vive o próprio historiador, no que se relaciona a um complexo tema de pesquisa: a história da *loucura*² e seus correlatos como a assistência, as instituições que lhe dão suporte, os saberes e as práticas.

O recorte temporal corriqueiro de nossas histórias da *loucura* – respeitando-se as diferenças dos processos nas unidades federativas –, visível na produção historiográfica, situa-se entre meados do século XIX e a década de trinta do século XX. As problemáticas mais comuns, entre outras co-relacionadas, são: a constituição de um aparato de assistência à loucura, com a construção de instituições; as lutas e embates em torno da medicalização das mesmas e o estabelecimento do poder médico sobre elas; além dos estudos sobre a formação de um saber especializado, a psiquiatria.³ Tendo como referência esta mesma temporalidade,

¹ Luisa Paserini, citando François Bédarida, afirma que a “a palavra ‘contemporâneo’ deve ser reservada para o tempo em que se vive”. Esta afirmação de Paserini pode ser entendida como o tempo em que vive o pesquisador ou, e também, como o tempo em que este vivencia determinados acontecimentos. Sendo assim, estou denominando como “história do presente ou história contemporânea da loucura” a correlata à deflagração do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, cujo início é comumente situado entre 1978 e 1980 e cujo processo continua até os dias de hoje. PASERINI, Luisa. A “lacuna” do presente. In: FERREIRA, Marieta de M.; AMADO, Janaína. **Usos & abusos da história oral**. 3. ed. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2000, p. 211-214., 2000, p. 212.

² Estou nomeando como “história da loucura”, um conjunto de discussões e pesquisas que tem como tema central a *loucura*, em temporalidades e espacialidades diversas, a partir de perspectivas teóricas e metodológicas também diversas que, em torno deste eixo, desdobra-se em problemáticas diferenciadas como a do próprio conceito de loucura, da assistência ou atenção, dos saberes e poderes, dos dispositivos disciplinares, das experiências, dos sujeitos, entre tantas outras possíveis. Sobre a história da loucura ver: FOUCAULT, Michel. **Doença mental e Psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975; _____. **História da loucura na idade clássica**. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1989^a; _____. **Vigiar e punir**. História da violência nas prisões. 7. ed., Petrópolis: Vozes, 1989b; _____. **As palavras e as coisas**. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1995; _____. **Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999; _____. **Os Anormais: Curso do Collège de France**. (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001; MACHADO, Roberto et al. **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978; PORTER, Roy. **Uma história social da loucura**. Rio de Janeiro: Zahar, 1991; PEREIRA, João Frayse. **O que é loucura**. São Paulo: Brasiliense, 1993; PESSOTTI, Isafas. **A loucura e as épocas**. 2^a ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995; entre outros.

³ Sem pretender realizar um inventário da produção sobre o tema na temporalidade indicada, cf. MACHADO, Op cit 1978; COSTA, Jurandir F. **História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. Rio de Janeiro: Campus, 1981; CUNHA, Maria C. P. **O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo**. Rio de Janeiro: Paz

mais recentemente alguns estudos trouxeram a tona experiências da loucura considerando o ponto de vista dos sujeitos tidos como loucos.⁴

Pode-se afirmar também que são poucos os textos sobre a história mais recente da *loucura*, produzidos por historiadores de profissão.⁵ Porém, tais reflexões não o são quando se volta o olhar para a produção de sociólogos, antropólogos e profissionais das diversas ciências ‘psi’ (psicólogos, psiquiatras, psicanalistas) ou ainda para o campo da enfermagem ou do serviço social.⁶

A escassez de estudos situados numa temporalidade que se chama ‘presente’, no terreno da história disciplina, talvez se deva a certa ‘desconfiança’ dos historiadores com a história recente, desconfiança esta que nasce no século XIX juntamente com a institucionalização da História como disciplina universitária.⁷ Apesar das constantes

e Terra, 1986; ENGEL, Magali. *Psiquiatria e feminilidade*. In: DEL PRIORE, Mary (Org.). **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1997; WADI, Yonissa M. **Palácio para guardar doidos: uma história das lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: UFRGS, 2002^a; PORTOCARRERO, Vera. **Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria**. Rio de Janeiro: Ed. da FIOCRUZ, 2002; VENÂNCIO, A. T. A. *Ciência psiquiátrica e política assistencial: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil*. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 10, n. 3, 2003, p. 883-900; SANTOS, Nádia Maria W. **Histórias de sensibilidades: espaços e narrativas da loucura em três tempos – Brasil 1905, 1920, 1937**. Tese (Doutorado em História) – Programa de Pós Graduação em História, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, UFRGS, 2005^a; ODA, Ana Maria G. R.; DALGALARRONDO Paulo. *História das primeiras instituições para alienados no Brasil*. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 12, n. 3, p. 983-1010, set./dez. 2005; OUYAMA, Maurício. **Uma máquina de curar: o hospício Nossa Senhora da Luz em Curitiba e a formação da tecnologia asilar (final do século XIX e início do século XX)**. Tese (Doutorado em História) – Programa de Pós Graduação em História, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, UFPR, 2006.

⁴ WADI, Yonissa M. **Louca pela vida: a história de Pierina**. Tese (Doutorado em História) - Programa de Estudos Pós-Graduados em História, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, PUCSP, 2002b; SANTOS, Nádia Maria W. **Histórias de vidas ausentes: a tênue fronteira entre a saúde e a doença mental**, Passo Fundo: editora da UPF, 2005b; BORGES, Viviane T. **Loucos (nem sempre) mansos da estância: controle e resistência no cotidiano do Centro Agrícola de Reabilitação (Viamão/RS, 1972-1982)**. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós Graduação em História, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, UFRGS, 2006.

⁵ Recentemente nos programas de pós-graduação em História têm surgido alguns estudos cujo recorte temporal chega até o tempo mais recente. Ver, por exemplo, os trabalhos de POMBO, Riclele M. R. **A nova política de saúde mental: entre o precipício e paredes sem muros**. (Uberlândia 1984 -2006). Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, UFU, 2007; CAMPOS, Paulo F. de S. **Os enfermos da razão: cidade planejada, exclusão e doença mental** (Maringá, 1960-1980). São Paulo: Annablume; Fapesp, 2004; e DIAZ, Fernando S. **Os Movimentos Sociais na Reforma Psiquiátrica: O “Novo” na História da Psiquiatria do Brasil**. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz. Rio de Janeiro, COC / Fiocruz, 2008.

⁶ Um exemplo é produção abundante do psiquiatra Paulo Amarante, cf. AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996; _____. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. da FIOCRUZ, 1998; _____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Ed. da FIOCRUZ, 2007; AMARANTE, Paulo (org.) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994; _____. (org.) **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000.

⁷ Segundo Ferreira, os primórdios da desconfiança dos historiadores em relação a história do tempo presente, pode ser situado no século XIX com o “...triunfo de uma determinada definição da história, a partir de institucionalização da própria história como disciplina universitária. Essa definição, fundada sobre uma ruptura entre o passado e o presente, atribuía à história a interpretação do passado e sustentava que só os indivíduos

movimentações no terreno da disciplina histórica do século XIX ao século XX, com a ampliação de seu leque de temas, objetos, abordagens, problemas, conceitos-chave, enfim, ampliação e modificação de seus domínios, não houve alteração significativa na ênfase dada à visão retrospectiva como a temporalidade por excelência dos estudos históricos.⁸

Apenas recentemente, a partir da década de 1980, entre outras importantes transformações no campo da pesquisa histórica – valoração positiva da análise qualitativa, dos estudos do cotidiano e das experiências individuais e singulares, bem como novo impulso a história cultural e ao estudo do político –, o estudo do contemporâneo foi reincorporado.⁹

Superados os entraves à consideração do contemporâneo ou do tempo presente como objetos possíveis de pesquisa histórica não se esgotam, porém, os problemas. Como afirma Bédarida, a história do tempo presente, “... *mais do que qualquer outra, é por natureza uma história inacabada: uma história em constante movimento, refletindo as comoções que se desenrolam diante de nós e sendo portanto objeto de uma renovação sem fim.*”¹⁰

Ciente dos problemas citados, esta breve introdução tem de certa forma, o intuito de justificar a importância de alargar-se o horizonte historiográfico quando o tema/objeto/problema é a ‘história da loucura’. Como disse anteriormente, são escassos os estudos sobre a história recente da loucura e de seus correlatos como a assistência, as instituições, os saberes e as práticas. Quando se enfatiza a história da assistência psiquiátrica no Brasil, as reflexões oriundas de diferentes áreas do conhecimento, remetem às nuances da chamada Reforma Psiquiátrica, buscando estabelecer uma genealogia da transformação da assistência e seu aparato institucional, enfatizando a ação de determinados sujeitos,

possuidores de uma formação especializada poderiam executar corretamente esta tarefa.” Nesta perspectiva – dos chamados, ‘historiadores metódicos’ – uma condição fundamental para a construção de uma história científica seria a visão retrospectiva, pois só assim, seria possível a objetividade. Tal posição foi alvo de críticas por parte de sociólogos, especialmente os ligados a Émile Durkheim, que afirmavam não haver garantia de objetividade histórica pelo simples recuo no tempo, na medida em que todo historiar seria “tributário de seu tempo”. FERREIRA, Marieta de M. História, tempo presente e história oral. **Topóï**, n. 5, Rio de Janeiro, dez. 2002, p.314-315.

⁸ Um bom exemplo é que ocorreu no movimento de transformação da história deflagrado pela fundação da revista francesa *Annales*, na França em 1929 – e por uma nova geração de historiadores agregados em torno daquela que tornou-se conhecida como Escola dos Anais (*École des Annales*) –, quando as análises econômicas e sociais ganharam destaque em detrimento do político; o estudo das estruturas de longa duração e não mais das conjunturas; dos comportamentos coletivos e não das iniciativas individuais, mas manteve-se a centralidade dos estudos sobre os períodos antigo e medieval da história. Para Ferreira: “O século XX recebeu o estigma de objeto de estudo problemático, e a legitimidade de sua abordagem pela história foi constantemente questionada. A impossibilidade de recuo no tempo, aliada à dificuldade de apreciar a importância e a dimensão de longo prazo dos fenômenos, bem como o risco e cair no puro relato jornalístico, foram mais uma vez colocados como empecilhos para a história do século XX. (...) O contemporâneo podia ser matéria das Ciências Sociais em geral, mas não da história. Com isso, a história tornou-se uma história sem historiadores.” Cf. FERREIRA, Op Cit, 2002.

⁹ FERREIRA, Op cit, 2002.

¹⁰ BÉDARIDA, François. Tempo presente e presença da história. In: FERREIRA, Marieta de M.; AMADO, Janaína. **Usos & abusos da história oral**. 3. ed. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2000, p.219-229.

movimentos e setores (público, privado, filantrópico...) envolvidos.¹¹ Porém, não existem estudos, especialmente estudos historiográficos, que discutam as especificidades do movimento em todas as unidades da federação.

Considerando a premissa que a história recente da loucura no Brasil – ou pelo menos a parte que se refere à assistência – inicia-se com o movimento da Reforma Psiquiátrica, constitui objetivo principal deste texto historicizar as nuances deste processo no estado do Paraná. Para tanto, contextualizo inicialmente o processo de reforma em âmbito nacional e a seguir, reconstituo alguns aspectos relevantes da trajetória da assistência psiquiátrica no estado até o desenrolar do referido movimento de reforma.

É importante chamar atenção para uma última questão antes que mergulhemos no texto. A história que a seguir conto, como toda história – especialmente aquela que se aventura no tempo recente – é uma história inacabada, em constante movimento. Sendo assim, quem se propõe a contá-la é “... contemporâneo de seu objeto e, portanto partilha com aqueles cuja história ele narra as mesmas categorias essenciais, as mesmas referências fundamentais”¹² e, sem dúvida, partilha as mesmas inquietações sobre os desdobramentos futuros deste presente narrado.

Portanto, o texto a seguir – cujo tom é o da descrição – tem, antes de tudo, a intenção de instigar a reflexão, colocar-nos a pensar sobre os elementos de uma trama que, no Paraná como em outros lugares do país – mas não necessariamente da mesma forma –, desdobrou-se no movimento contemporâneo da Reforma Psiquiátrica. Talvez seja impossível, neste momento, compreender os jogos de verdade¹³ presentes nesta trajetória, entendendo as mudanças intituladas como Reforma Psiquiátrica como um produto destes jogos. Mas talvez consigamos começar a imaginar aonde eles podem nos levar.

¹¹ Discuto a concepção teórica e as ações ligadas a reforma psiquiátrica com mais atenção no próximo tópico.

¹² CHARTIER, Roger. A visão do historiador modernista. In: FERREIRA, Marieta de M.; AMADO, Janaína. **Usos & abusos da história oral**. 3. ed. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2000, p.215-218. Penso, que tanto a historiadora que propõe refletir sobre a história, quanto outros sujeitos envolvidos com ela (formuladores e gestores de políticas, médicos, psicólogos, usuários do sistema de saúde, familiares, enfim diversas pessoas envolvidas no campo da saúde mental...) falam hoje de um lugar próximo, o do movimento da Reforma Psiquiátrica, seja qual for a posição que tomem (a favor ou contra, com críticas ou não...) em relação a este.

¹³ Wellausen discutindo a noção de “jogo de verdade” em Foucault afirma que: “Para Foucault, o jogo é o conjunto de regras de produção da verdade; não se trata de um jogo no sentido de imitar, disputar ou fazer rir; é um conjunto de procedimentos que conduzem a um certo resultado, que pode ser considerado em função de seus princípios e de suas regras de ação, como válidas ou não, vencedoras ou não. (...) Nos jogos de verdade, a verdade é o que se diz a partir do poder de dizê-lo: seja no discurso científico, envolvendo as instituições, que liberam o poder que sustenta esse dizer; seja na parrhésia, na coragem do dizer-verdadeiro daquele que assume o risco perigosos e inerente a esse ato de franqueza, fazendo surgir a liberdade, que é a virtude ética por excelência.” Cf. WELLAUSEN, Saly. Michel Foucault: *parrhésia* e cinismo. **Tempo Social – Revista de Sociologia da USP**, v.8, n.1, p.113-125, maio de 1996, p.114;121.

A reforma psiquiátrica brasileira: uma história recente da assistência à loucura¹⁴

O psicanalista Fernando Tenório, em texto recente, afirmou que as expressões ‘reforma’ e ‘psiquiatria’, ao contrário do que nos parece à primeira vista, não são uma junção do tempo presente para esboçar uma intenção completamente nova. Ao contrário, a intenção reformadora foi uma marca da configuração da psiquiatria como um saber no século XIX – consagrada no gesto mítico de Pinel libertando os loucos das correntes em Bicêtre –, que foi se mantendo e reatualizando como marco distintivo do saber até os dias de hoje.¹⁵

O que mudou drasticamente foi a inflexão que esta relação passa a ter contemporaneamente. No caso brasileiro passou-se, inicialmente, de uma crítica a situação em que viviam os loucos antes da fundação dos primeiros hospícios no século XIX, para uma crítica sobre o escasso poder médico sobre as instituições destinadas a abrigar os loucos (ausência de medicalização) e à reivindicação da necessidade de novas instituições (como as colônias agrícolas) para cuidá-los, controlá-los e curá-los.

A partir da segunda metade da década de 1970 estabeleceu-se uma crítica que colocou em xeque, inicialmente, os excessos, abusos e desvios do sistema asilar comandado pela psiquiatria, apontando a ineficiência da assistência e o caráter privatista da mesma, mas sem questionar a prevalência da internação em grandes hospitais psiquiátricos e o próprio saber psiquiátrico.

A década de 1980 chegou trazendo consigo um questionamento dos próprios pressupostos do hospital psiquiátrico, como o lugar por excelência para tratar os loucos, e do saber psiquiátrico, como o legítimo enunciador da verdade da loucura, reivindicando o resgate da cidadania das pessoas tidas como loucas.¹⁶ Para Tenório, “Eis aí o ponto a isolar: o processo que denominamos reforma psiquiátrica brasileira data de pouco mais de vinte anos e tem como marca distintiva e fundamental o *reclame da cidadania do louco*”.¹⁷ A crítica apontou que não era mais suficiente transformar o sistema de saúde, realizar macrorreformas,

¹⁴ Este tópico não pretende esgotar a discussão, apenas apresentar alguns estudos significativos que permitem compreender como se estruturou o movimento da reforma psiquiátrica brasileira.

¹⁵ TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 9, n. 1, p.25-29, jan.-abr. 2002. Para o aprofundamento da discussão sobre o nascimento da psiquiatria como saber, ver FOUCAULT, Op Cit, 1989a.

¹⁶ TENÓRIO, Op Cit, 2002; RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. do R. (org.) **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 3. Ed. Petrópolis: Vozes, 1992, p. 15-73; AMARANTE, Op Cit, 1998.

¹⁷ TENÓRIO, Op Cit, 2002, p. 27. Grifo meu.

era preciso “*desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade as formas arraigadas de lidar com a loucura*”.¹⁸

Fortaleceu-se o movimento com um sentido novo: a luta pela desinstitucionalização, por uma sociedade sem manicômios. Neste momento, surgiram protagonistas novos – como os usuários e seus familiares, além de seus ‘cuidadores’ que deflagraram o movimento –, noções teóricas novas, exigências políticas, administrativas e técnicas também novas.

Ainda na perspectiva da ampliação do escopo do movimento, é instituído o dia 18 de maio como Dia Nacional da Luta Antimanicomial visando a potencializar o poder de aglutinação de maiores parcelas da sociedade em torno da causa. Finalmente, a própria questão das estruturas de cuidado ganha outra abordagem: não se trata de aperfeiçoar as estruturas tradicionais (ambulatório e hospital de internação), mas de inventar novos dispositivos e novas tecnologias de cuidado, o que exigirá discutir a clínica psiquiátrica em suas bases. Substituir uma psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária ou ‘territorial’, esta é a tarefa da reforma psiquiátrica.¹⁹

Considerando o caminho percorrido pela crítica e em consonância com a produção teórica sobre o campo psiquiátrico, foi possível “*demarcar em uma definição mínima o que é a reforma psiquiátrica brasileira*”, afirma Tenório.²⁰ A partir de pesquisa realizada pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), Amarante indicou que a Reforma Psiquiátrica, é “*um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria*”.²¹ No Brasil, como vimos, o movimento teve como fundamentos “*uma crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também – e principalmente – uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, dentro de toda a movimentação político-social que caracteriza a conjuntura de redemocratização*”.²²

A própria noção de “movimento” é cara a diferentes sujeitos que participaram, e seguem participando, de formas diferenciadas da Reforma Psiquiátrica brasileira. Em

¹⁸ TENÓRIO, Op Cit, 2002, p. 35.

¹⁹ TENÓRIO, Op Cit, 2002, p.35.

²⁰ TENÓRIO, Op Cit, 2002.

²¹ AMARANTE, Op Cit, 1998, p.87. No prefácio do referido livro, Costa explicita o que se pode entender como modelo clássico e paradigma psiquiátrico: aquele que “restringe o espaço da atenção à saúde [e a saúde mental] à sua natureza biológica ou organicista (a doença torna-se simplesmente uma manifestação de desequilíbrio entre estruturas e funções); centra as estratégias terapêuticas no indivíduo, extraído do contexto familiar e social; incentiva a especialização da profissão médica, minimizando a importância da complexidade do sujeito para o diagnóstico clínico; fortalece a tecnificação do ato médico e estruturação da engenharia biomédica; consolida o curativismo, por prestigiar o aspecto fisiopatológico da doença em detrimento da causa.”. COSTA, Op Cit, 1998, p.11.

²² AMARANTE, Op Cit, 1998, p.87.

primeiro lugar, porque não se trata apenas de “um acontecimento”, de algo que resulta de “um golpe” ou de “um ato só”, mas sim de um conjunto de acontecimentos que, deflagrados e desdobrados em outros, modelaram mudanças e, contemporaneamente, alicerçam discursos e práticas novas em relação à loucura e aos loucos. Talvez seja também em razão da indeterminação, da imprevisibilidade dos acontecimentos que ocorreram e que configuram um cenário contemporâneo, que Amarante identifique a Reforma como um processo.

Por outro lado, a crescente força do movimento antimanicomial resultou no Projeto de Lei n. 3.657, de 1989, do então Deputado Federal Paulo Delgado (PT/MG), dispondo “*sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamentava a internação psiquiátrica compulsória*”. O projeto propunha a não construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público, considerando tais hospitais como ‘não produtores de saúde’, mas sim ‘geradores de doença’, portanto inadequados à reabilitação humana; previa a destinação dos recursos públicos para a criação de ‘recursos não manicomiais de assistência’; e ainda, a emissão de parecer por autoridades judiciárias quanto à legalidade da internação compulsória de alguém, que devia lhe ser comunicada sempre que ocorresse.²³

O projeto proposto por Paulo Delgado virou a Lei n. 10.216, aprovada somente em 06 de abril de 2001, mas com diversas modificações inseridas a partir de debate polêmico no Senado e na Câmara dos Deputados. O texto final da lei teve como base o projeto original de Delgado e um projeto substitutivo do senador Sebastião Rocha, além de proposições favoráveis e desfavoráveis incluídas por outros senadores, tratando fundamentalmente dos direitos dos doentes mentais e de uma reorientação do modelo assistencial, sem excluir os hospitais psiquiátricos.²⁴ Mesmo sem aprovar a extinção dos manicômios a lei é considerada progressista, pois “*revogou a arcaica legislação de 1934, que ainda estava em vigor, e significou um avanço considerável no modelo assistencial*”.²⁵

Segundo diferentes autores²⁶, o debate em torno do projeto de lei de Delgado, além de impulsionar uma discussão sem precedentes sobre o tema no país, suscitou antes mesmo da aprovação da lei, importantes mudanças no campo legal. Várias portarias ministeriais que

²³ BRASIL. Câmara dos Deputados. **PL-3657/1989**. Disponível em <http://www2.camara.gov.br/proposicoes>, acesso em 22/09/2008.

²⁴ BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental 1990-2004**. 5.ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

²⁵ AMARANTE, Op cit, 2007, p.70.

²⁶ TENÓRIO, Op cit, 2002; AMARANTE, Op cit, 2007; YASUI, S. De movimento social a política pública: conquistas e riscos da Reforma Psiquiátrica. **Jornal Brasileiro de História da Medicina**, v. 7, suplemento 1, nov.2004, p.73; entre outros.

buscavam “*normatizar as ações em âmbito nacional*”²⁷ foram aprovadas, incidindo no controle dos hospitais psiquiátricos em funcionamento (fechamento ou readequação em razão do não cumprimento de condições mínimas estabelecidas pelo Ministério da Saúde); incentivo à criação de dispositivos novos, “*tendo um serviço, o Centro de Atenção Psicossocial, como paradigma para a mudança de modelo assistencial*”²⁸; além da proposição de uma nova sistemática de financiamento público. Também neste momento, durante o longo processo de aprovação da lei federal, o Distrito Federal, sete estados (RS, CE, PE, RN, MG, ES e PR) e diversos municípios aprovaram leis de reforma, fazendo avançar o processo. Assim, gradualmente o reivindicado “*processo de transformação incorporou-se ao aparelho do Estado transformando-se na Política Nacional de Saúde Mental*”.²⁹

Já em 1995, Venturini afirmava que “*algumas das iniciativas já ‘históricas’ de muitos estados e cidades brasileiras podem ser consideradas experiências consolidadas [...]*”. Assim, apesar de grandes dificuldades estruturais, muitos hospitais psiquiátricos sofreram grandes transformações, surgiram hospitais-dia, Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS e NAPS), nos contextos mais diversos e em todas as regiões do país. Para o autor, o que sucedia era “*o nascimento de experiências inovadoras no interior; experiências novas, mas já extraordinariamente ricas e complexas*”.³⁰ Estas experiências tomaram corpo e podem ser sintetizadas conforme o fragmento de Amarante citado a seguir:

São muitas as estratégias e dispositivos que vêm contribuindo para a configuração do novo quadro: as leis estaduais de reforma psiquiátrica e a Lei 1.216/01; a importante atuação do Ministério Público; a participação e o controle social nas políticas de saúde mental e atenção psicossocial; a participação política dos movimentos em prol da reforma psiquiátrica; a crítica permanente e consistente da violência e da segregação produzidas pelo hospital psiquiátrico e pela medicalização; a redução de mais de quarenta mil leitos hospitalares com a construção simultânea de serviços de atenção psicossocial, de estratégias de residencialidade, de centros de convivência, cooperativas e empresas sociais; o Programa de Volta para Casa; os projetos de inclusão pelo trabalho; as iniciativas culturais; a Estratégia Saúde da Família.³¹

Porém, neste ano de 2008, percebe-se com clareza que mudanças na legislação, no formato institucional ou novos equipamentos, não significaram necessariamente uma adesão irrestrita, total ou completa, a esta nova lógica, ou as novas concepções sobre a

²⁷ YASUI, Op cit, 2004, p.73.

²⁸ Idem.

²⁹ Idem.

³⁰ VENTURINI, E. Prefácio à primeira edição. In: AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995, p.15-16.

³¹ AMARANTE, Op cit, 2007, p. 103.

institucionalização. Se parece impossível um retorno a um passado onde o paradigma era o manicomial, ou seja, o grande hospital (manicômio ou hospício) como o instrumento preferencial de exercício do saber psiquiátrico e instrumento de ‘cuidado, controle e cura’ dos tidos como loucos, ainda não é claro o ponto de chegada do processo como um todo.

Estudos diversos³² têm indicado que, ao lado dos novos equipamentos ou serviços, persiste o hospital psiquiátrico, mais ou menos modernizado, com um número de leitos reduzidos. Será possível então dizer, como dizia Venturini mais de uma década atrás, que *“há o risco, de que o hospital psiquiátrico [...] continue a desenvolver o seu papel ‘insubstituível’ de salvaguarda para o controle da ‘periculosidade’ e da ‘cronicidade’ psiquiátrica.”*? Ou de que *“Há, ainda, o risco de que a ausência de afirmação do novo modelo dos serviços engendre um sentimento de incerteza nos operadores.”*?³³

Certamente nem tanto, pois assistimos contemporaneamente ao espraio do novo modelo assistencial, chamado hoje de modelo de atenção psicossocial como vimos acima sintetizado nas palavras de Amarante. Modelo este que ultrapassa inclusive o universo psiquiátrico. No entanto, como dizia Tenório em 2002 – o que considero válido ainda em 2008, considerando algumas diferenças –, *“a atenção psicossocial comunitária ainda não é nem de longe a realidade hegemônica da rede”*.³⁴ Outro problema, apontado por Luzio em estudo recente sobre a atenção social em municípios de pequeno porte do Estado de São Paulo, e que podemos generalizar – quiçá para todo o Brasil – mostrou que a concepção predominante de doença/saúde mental, entre os diferentes segmentos sociais envolvidos na área da saúde mental, aparece em consonância com o modelo manicomial, apesar de estes conhecerem os princípios da Reforma Psiquiátrica.³⁵

Além disso, sente-se ainda em 2008 – apesar dos inegáveis avanços empreendidos por pesquisadores e mesmo por órgãos públicos –, algo do qual reclamava Resende, em texto de mais de uma década, ou seja, a ausência de informações elementares como: *“[...] características da clientela dos nossos hospitais e ambulatórios e sua variação através dos tempos (supondo que tenha havido), seus modos de entrada no sistema, ou ainda, indicadores minimamente confiáveis da eficiência dos diversos tratamentos e estratégias de intervenção*

³² AMARANTE, Op cit, 1994, 1995, 1996, 2000, 2007; TUNDIS, S. A.; COSTA, N. do R. (org.) **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 3. Ed. Petrópolis: Vozes, 1992; PAULIN, Luiz F.; TURATO, Egberto R. Antecedentes da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 11, n. 2, 2004, p. 241-258; YASUI, Op cit, 2004; TENÓRIO, Op cit, 2002.

³³ VENTURINI, Op cit, 1995, p.14.

³⁴ TENÓRIO, Op cit, 2002, p. 54.

³⁵ LUZIO, Cristina A. A atenção em saúde mental em municípios de pequeno porte. **Jornal Brasileiro de História da Medicina**, v. 7, suplemento 1, nov.2004, p.70.

dos quais se serviu a psiquiatria ao longo da sua história".³⁶ É perceptível também que os dados e informações, mas especialmente as pesquisas sobre a assistência psiquiátrica ao longo do tempo, em diferentes regiões brasileiras, não tem a mesma densidade.³⁷

Vivemos assim, uma época de intensas transformações no cenário da assistência psiquiátrica ou da atenção psicossocial brasileira, convivendo com diferentes instituições e práticas terapêuticas e assistenciais, muitas das quais originárias de tempos idos, que sofreram transformações, mas mantêm resquícios das formas tradicionais de assistência. Isto ocorre a despeito das mudanças reivindicadas, das ações empreendidas e de um aparato legal novo que demonstram, por outro lado, o avanço inegável da Reforma Psiquiátrica brasileira.

A história contemporânea da assistência psiquiátrica no Paraná

A assistência psiquiátrica no Estado do Paraná, dos seus primórdios no início do século XX até a década de 1980, foi marcada pelos compassos e descompassos do processo mais amplo de institucionalização da loucura no Brasil, referenciada em grande parte pelo paradigma manicomial, bem como por uma legislação pertinente, como ocorreu em grande parte do nosso país.

Mudanças no cenário, em que a assistência psiquiátrica se fazia especialmente nos grandes manicômios, ganham visibilidade a partir do final da década de 1980, através de movimentações coetâneas as que ocorrem em outros estados da federação e que serão conhecidas como o movimento de Reforma Psiquiátrica. A partir da década de 1990 ocorrem os avanços mais sensíveis com a aprovação da Lei Estadual nº 11.189/95 – a lei de Reforma Psiquiátrica do Paraná –, a elaboração de uma “Política de Saúde Mental”, a constituição da Comissão Estadual de Saúde Mental, entre outras iniciativas que ganham densidade neste início de século XXI.

³⁶ RESENDE, Op cit, 1992, p. 17.

³⁷ A escassez de informações e reflexão é particularmente visível quando se pensa na história da assistência psiquiátrica no Estado do Paraná, que se restringe às informações disponíveis nos órgãos oficiais ou a poucos trabalhos acadêmicos sobre a temática, ainda mais restritos no campo dos estudos historiográficos. Numa busca ainda preliminar localizei, num conjunto de dissertações e teses sobre a temática – algumas já publicadas no formato de livro –, produzidas em diferentes campos disciplinares, apenas dois trabalhos de historiadores: CAMPOS, Paulo F. de S. **Os enfermos da razão: cidade planejada, exclusão e doença mental** (Maringá, 1960-1980). São Paulo: Annablume; Fapesp, 2004; OUYAMA, Maurício. **Uma máquina de curar: o hospício Nossa Senhora da Luz em Curitiba e a formação da tecnologia asilar (final do século XIX e início do século XX)**. Tese (Doutorado em História) – Programa de Pós Graduação em História, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, UFPR, 2006.

Algumas notas sobre a assistência psiquiátrica no Paraná: dos primórdios ao início da Reforma Psiquiátrica

No estado do Paraná, pode-se situar a emergência de uma assistência aos tidos como loucos, com a inauguração do hospital psiquiátrico – o antigo hospício –, no início do século XX, e sua gradativa ocupação e transformação pelos profissionais da medicina. Profissionais estes não necessariamente especializados em Psiquiatria – uma especialidade em constituição –, mas formados alienistas na prática do trato com a loucura, no seguimento de uma carreira médica.

O primeiro hospital psiquiátrico paranaense foi o *Hospício Nossa Senhora da Luz*, inaugurado em 25 de janeiro de 1903, em Curitiba, e vinculado a *Santa Casa de Misericórdia* desta capital.³⁸ Ao contrário de outras instituições congêneres, também gestadas no interior das Santas Casas de Misericórdia (como o *Hospício São Pedro*, de Porto Alegre)³⁹, que se separaram destas passados alguns anos tornando-se hospitais públicos sob responsabilidade dos governos estaduais, o *Hospício Nossa Senhora da Luz* permaneceu ligado, administrativamente, ao espaço da caridade.⁴⁰

Inicialmente, no *Hospício Nossa Senhora da Luz* não havia atuação significativa dos médicos. Somente a partir de lutas travadas no interior da instituição e desta para o exterior, especialmente contra a tecnologia da caridade e em prol da instauração de uma tecnologia alienista, os médicos conseguiram se firmar como os verdadeiros enunciadores da loucura, traduzida em doença mental.⁴¹ O movimento ocorrido no hospício de Curitiba foi semelhante ao ocorrido no *Hospício Pedro II* – o primeiro hospício brasileiro situado no Rio de Janeiro – e em outras instituições espalhadas pelo Brasil, quando “*com algum custo, os médicos conseguiram deslocar as poderosas administrações leigas das Santas Casas, bem como as ordens religiosas que prestavam serviços nesses locais, e os hospícios foram se tornando, gradativamente, estabelecimentos médicos.*”⁴²

Durante cerca de 40 anos o Hospital Nossa Senhora da Luz foi o único hospital psiquiátrico do PR e referência maior na assistência psiquiátrica.⁴³ Apenas em 31 de março de

³⁸ OUYAMA, Op cit, 2006.

³⁹ Os argumentos sobre a necessidade de construção de um hospício em Curitiba, separado do hospital de caridade, em prol do tratamento correto aos alienados, foram semelhantes aos enunciados em Porto Alegre (como em outros estados da federação) também neste sentido. Sobre o hospício de Porto Alegre, ver WADI, Op cit, 2002; sobre a mesma discussão relativa ao hospício de Curitiba, ver OUYAMA, Op cit, 2006.

⁴⁰ Atualmente vincula-se a Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

⁴¹ OUYAMA, Op cit, 2006.

⁴² PICCININI, Walmor J.; ODA, Ana Maria G. R. História da psiquiatria: a loucura e os legisladores. *Psychiatry one line Brasil*, v. 11, n. 3, março 2006. (<http://www.polbr.med.br/ano06/wal0306.php>).

⁴³ Sobre as práticas de assistência no interior do Hospício Nossa Senhora da Luz ver OUYAMA, Op cit, 2006.

1945 foi inaugurado o segundo hospital psiquiátrico do estado, o *Sanatório Bom Retiro*. Apesar das tratativas visando a construção de um hospital espírita – onde junto aos preceitos da ciência psiquiátrica desenvolver-se-iam as práticas espíritas de cuidados – terem se iniciado em 1920, na *Federação Espírita do Paraná*, dificuldades de caráter econômico paralisaram as obras em 1938, o que retardou o início do funcionamento do hospital até 1945.⁴⁴

O terceiro hospital psiquiátrico, primeiro hospital público com tal característica inaugurado no Paraná, foi o *Hospital Colônia Adauto Botelho*, construído em 1954, e que manteve, até o início da década de 1970, um pavilhão funcionando como manicômio judiciário. A construção do hospital-colônia coroou no estado do Paraná, um planejamento da assistência psiquiátrica brasileira, gestado anos antes em 1941, através do *Plano Hospitalar Psiquiátrico*.

Este plano fora formulado pelo Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) criado no mesmo ano, a partir de um inquérito iniciado em 1937 que visava avaliar a assistência psiquiátrica. Na “sumula do estado atual da assistência psiquiátrica oficial nos vários estados do Brasil” constante no Plano Hospitalar, o Estado do Paraná, apesar de contar com uma estrutura pequena de atendimento⁴⁵, figurava – juntamente com os estados do RS, PE, SP e MG – entre os estados que “*assistem e tratam os seus doentes por métodos atualizados, fazem a prevenção das psicopatias e realizam serviços sociais*”.⁴⁶ No referido plano dentre as “sugestões para a ação supletiva da União”, constava que no auxílio técnico prestado pelo Departamento de Assistência a Psicopatas – D.A.P aos Estados, estava a orientação na elaboração de “*plantas de construção [...] conforme um critério uniforme, acorde à técnica assistencial moderna, às possibilidades econômico-financeiras dos Estados auxiliados [...]*.” Neste sentido, “*no que respeita à assistência hospitalar propriamente dita, padronizou as construções no tipo do Hospital-Colônia, modalidade hospitalar moderna, eficiente e menos*

⁴⁴ Segundo as poucas notícias históricas sobre este hospital, até o ano de 1984, “funcionou de forma clássica com as técnicas e normas da psiquiatria tradicional”, aliadas ao serviço de assistencial espiritual. Cf. SECH, Maderli. Hospital Espírita de Psiquiatria Bom Retiro 55 anos a serviço da comunidade. [2000?] Disponível em: http://www.mundoespirita.com.br/antigo/jornal/_jornal2000/_hospital_espirita_de_psiqui..., acesso em 10/09/2008.

⁴⁵ No “apanhado breve [...] no que toca ao problema hospital psiquiátrico, quanto as iniciativas oficiais, locais”, constante no Plano Hospitalar, a situação do Paraná é descrita como: “Em Curitiba está localizado o único estabelecimento psiquiátrico do Estado; pertence à Santa Casa de Misericórdia e recebe subvenções do Estado, do Município e da União. Denomina-se ‘Hospício Nossa Senhora da Luz’, e é dirigido pelo professor de psiquiatria da Faculdade de Medicina do Paraná.” BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. Departamento Nacional de Saúde. **Plano Hospitalar Psiquiátrico**. Sugestões para a ação supletiva da União. 1941. CPDOC – FGV, Arquivo Gustavo Capanema – GCh 34.08.03 – doc. n.II-14. Mimeo.

⁴⁶ BRASIL, Op cit, 1941, p.13.

dispendiosa.”⁴⁷

A idéia de expandir os hospitais públicos, nos moldes do plano hospitalar de 1941, consolidou-se com o decreto-lei 8.550, de 3 de janeiro de 1946, que autorizou o SNDM a realizar convênios com governos estaduais para a construção de hospitais psiquiátricos.⁴⁸ Tal planejamento materializou-se no Paraná como vimos, em 1954 com a inauguração do *Hospital Colônia Adauto Botelho*. No entanto, o referido hospital saudado como a concretização de uma “velha aspiração paranaense” e um “*moderno e modelar estabelecimento hospitalar psiquiátrico*”⁴⁹, logo passou a apresentar o clássico problema da superlotação causada pela alta demanda de internações e a ineficácia dos tratamentos adotados⁵⁰. Apenas 12 anos depois, afirmou o governador Paulo Pimentel em mensagem à Assembleia Legislativa:

É por demais conhecido o estado de precariedade em que foi encontrado o único órgão desse Departamento: O Hospital Adauto Botelho. A superlotação e a falta de recursos gerou uma situação de descabro que o levou ao descrédito e a execração pública. Lentamente e com grandes esforços conseguiu-se melhorar, consideravelmente, as condições do hospital e seus internos.⁵¹

Ainda na década de 1940, em 02 de maio de 1944, foi fundado na cidade de Curitiba o primeiro ambulatório voltado ao atendimento psiquiátrico no estado. O ambulatório tinha a coordenação do psiquiatra Arnaldo Gilberti, do Ministério da Saúde, que fora assessorado pelo então diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), Adauto Botelho, para implantação do serviço. “*De início, o atendimento era basicamente médico-psiquiátrico. Aos poucos, foram se inserindo no contexto o psicólogo e outros profissionais.*”⁵²

Porém, após a instalação deste primeiro ambulatório, apenas em 1961 têm-se notícia da intenção de ampliar-se este tipo de atendimento para o interior do estado. Conforme

⁴⁷ Idem, p.14-5.

⁴⁸ PAULIN; TURATO, Op cit, 2004. Segundo os autores, para tais construções “Os poderes estaduais se comprometiam a doar o terreno, arcar com as despesas de manutenção e pagar a folha salarial, enquanto o poder federal se responsabilizava pelo investimento em projeto, construção, instalação e equipamentos”. (p.243).

⁴⁹ PARANÁ. Assembleia Legislativa. **Mensagem apresentada a Assembleia Legislativa do Estado por ocasião da abertura da 1ª Sessão Legislativa Ordinária da 8ª Legislatura 1961**, pelo Senhor Antonio Annibelli, Governador do Estado. Curitiba: Assembleia Legislativa do Paraná, 1955.

⁵⁰ A situação vivida pelos hospitais colônia, como o Adauto Botelho, é semelhante a dos demais hospitais psiquiátricos da época – bem como a situações vividas por estes em períodos anteriores –, a despeito de terem sido implantados – entre outras coisas – como uma solução para o problema da superlotação. Sobre tal situação na década de 1950, cf. RESENDE, Op cit, 1992 e PAULIN; TURATO, Op cit, 2004. Sobre os períodos anteriores desde a fundação das primeiras instituições psiquiátricas no Brasil, cf. MACHADO, Op cit, 1978; COSTA, Op cit, 1981; CUNHA, Op cit, 1986; ENGEL, Op cit, 2001; WADI, Op cit, 2002a.

⁵¹ PARANÁ. Assembleia Legislativa. **Mensagem apresentada a Assembleia Legislativa do Estado por ocasião da abertura da Sessão Legislativa Ordinária de 1966**, pelo Senhor Paulo Cruz Pimentel, Governador do Estado. Curitiba: Assembleia Legislativa do Paraná, 1966.

⁵² PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Paraná mais saúde: Política estadual de saúde mental**. Curitiba: SESA, 1995.

anuncia o então governador do estado, Ney A. de Barros Braga, estaria “*sendo estudada a instalação de dispensários para doentes mentais em Maringá, Londrina, Cornélio Procopio, Irati e Apucarana, visando atender no local aqueles que hoje precisam se deslocar para Curitiba.*”⁵³ No ano seguinte, o mesmo governador anunciou a criação e o início do funcionamento de Ambulatórios de Higiene Mental nas cidades de Maringá e Guarapuava, além de indicar que,

[...] visando o atendimento dos doentes da região Norte do Estado, o Departamento de Higiene Mental e Assistência aos Psicopatas firmou dois convênios com entidades particulares de Londrina, enquanto se planeja a construção do Hospital Colônia daquela cidade, cuja capacidade será de 1.000 leitos.⁵⁴

Em 1963, o ainda governador Ney Braga anunciou em mensagem à Assembléia Legislativa, a ampliação do Hospital Adauto Botelho e, novamente, o planejamento da “construção do Hospital Psiquiátrico do Norte (1.000 leitos) em Londrina”, que deveria ser iniciada no mesmo ano. A justificativa foi idêntica a da instalação dos dispensários, ou seja, o “*atendimento dos doentes da região, que hoje são obrigados a procurar tratamento em Curitiba.*”⁵⁵

A situação não se modificou muito nos anos seguintes da década de 1960 e nos anos 1970: continuavam as críticas a situação do único hospital psiquiátrico público do Paraná, que apesar das iniciativas governamentais no sentido da construção de mais pavilhões, mantinha-se sempre superlotado; a instauração de uma rede ambulatorial no interior do estado seguia lentamente, tendo sido instalados novos ambulatórios nas cidades de Ponta Grossa e Londrina em 1966 e em União da Vitória, Cascavel, Apucarana, Cianorte e Loanda, apenas em 1973.⁵⁶ Além disso, o tão anunciado Hospital Psiquiátrico do Norte em Londrina, cuja instalação previa 1.000 leitos, tivera o início de sua construção anunciada com uma quantidade bem menor de leitos, apenas 200.⁵⁷

Em 1984, documento da Fundação de Saúde Caetano Munhoz da Rocha, vinculada a

⁵³ PARANÁ. Assembléia Legislativa. **Mensagem apresentada a Assembléia Legislativa do Estado por ocasião da abertura da Sessão Legislativa Ordinária de 1961**, pelo Senhor Ney A. de Barros Braga, Governador do Estado. Curitiba: Assembléia Legislativa do Paraná, 1961.

⁵⁴ PARANÁ. Assembléia Legislativa. **Mensagem apresentada a Assembléia Legislativa do Estado por ocasião da abertura da Sessão Legislativa Ordinária de 1962**, pelo Senhor Ney A. de Barros Braga, Governador do Estado. Curitiba: Assembléia Legislativa do Paraná, 1962.

⁵⁵ PARANÁ. Assembléia Legislativa. **Mensagem apresentada a Assembléia Legislativa do Estado por ocasião da abertura da Sessão Legislativa Ordinária de 1963**, pelo Senhor Ney A. de Barros Braga, Governador do Estado. Curitiba: Assembléia Legislativa do Paraná, 1963.

⁵⁶ PARANÁ, Op cit, 1966, p. 57; PARANÁ. Assembléia Legislativa. **Mensagem apresentada a Assembléia Legislativa do Estado por ocasião da abertura da Sessão Legislativa Ordinária de 1974**, pelo Senhor Emílio Hoffmann Gomes, Governador do Estado. Curitiba: Assembléia Legislativa do Paraná, 1974.

⁵⁷ PARANÁ, Op cit, 1966.

Secretária de Estado da Saúde e do Bem Estar Social, fazia um breve diagnóstico da situação da assistência no Paraná:

Assistência à Saúde Mental baseada nos métodos tradicionais:

- *hospitalização com desvinculação do paciente de sua família e comunidade;
- *tratamento predominantemente medicamentoso, à base de psicotrópicos;
- *atendimento ambulatorial em apenas 20 Centros de Saúde, nas sedes dos Distritos Sanitários.⁵⁸

A novidade ficou por conta da ampliação dos convênios “para atendimento de doentes mentais” do interior do estado. Tal intenção já fora aventada pelo governo estadual no final da década de 1950 para várias cidades do interior paranaense e realizada com um hospital de Londrina. Assim, em 1966 foram realizados convênios com hospitais particulares, para a instalação de 600 novos leitos em Londrina e 10 em Ponta Grossa.⁵⁹

A assistência psiquiátrica no Paraná teve início tardio em relação a outras unidades da Federação – como RJ, SP, RS e PE –, que fundaram hospitais públicos para ‘cuidar e tratar’ dos chamados ‘doentes mentais’ ainda no século XIX, porém rapidamente se igualou aos outros estados – pelo menos em termos numéricos – quando se iniciou, na década de 1970, a onda de contratações de serviços privados pelo governo federal.

Mantendo um único hospital público – o Adauto Botelho – o estado do Paraná ampliou a assistência psiquiátrica nas décadas de 1960, 1970 e início da década de 1980, especialmente no interior, com um grande número de hospitais psiquiátricos privados, cuja manutenção era largamente subsidiada com recursos públicos.⁶⁰ O movimento ocorrido no Paraná estava em consonância com a estratégia adotada pelos governos militares, pós-golpe de 1964, tanto para o campo da saúde geral quanto para o da assistência psiquiátrica, ou seja, um amplo movimento de privatização da assistência amparado por instituições governamentais – como o recém criado Instituto Nacional de Previdência Social / INPS, em 1966 – e recursos públicos. Segundo Paulin e Turato:

Os hospitais psiquiátricos particulares ampliaram-se para estabelecer convênios com a Previdência Social, tornando assim os hospitais públicos cada vez menos significativos em termos de atendimento. Algum tempo

⁵⁸ PARANÁ. Secretaria do Estado da Saúde e do Bem Estar Social. Fundação de Saúde Caetano Munhoz da Rocha. **Situação da saúde no Paraná: diretrizes, principais realizações**. Curitiba: SESB / FSCMR, 1984. Não paginado.

⁵⁹ PARANÁ, Op cit, 1966, p. 57.

⁶⁰ Apenas em 1976, no mesmo local onde funcionava o ambulatório de saúde mental da capital Curitiba, fundado em 1944, foi inaugurado o Pronto-Socorro Psiquiátrico, com atendimento 24 horas. Posteriormente o complexo passou a chamar-se Centro Psiquiátrico Metropolitano (CPM). PARANÁ. Conselho Estadual de Saúde do Paraná. **Organização dos serviços de saúde mental**. s.d. Disponível em <http://200.189.11.52:2080/CES-Bole.nsf/c6ff2e26d...>, acesso em 05/10/2008.

depois, praticamente todos os hospitais psiquiátricos, públicos ou privados, estavam conveniados.⁶¹

O processo de privatização da assistência psiquiátrica brasileira entrou em marcha acelerada na década de 1960. Se no período de 1941-1961 apresentara um crescimento vegetativo (tanto de hospitais públicos, quanto de privados), só no triênio 1965-1968, segundo Cerqueira,

[...] houve um aumento de 20% no total da população hospitalar (60% na rede particular); 51% de primeiras admissões (84% na particular); 48% no total de readmissões (98% na rede particular); e um crescimento de 45% no total de leitos-chão (1.040% na particular).⁶²

Pode-se visualizar a aceleração do processo de privatização da assistência psiquiátrica no Paraná através da relação de alguns hospitais e clínicas especializados particulares fundados entre os anos 60 e 70, em contraste com o longo período anterior no qual registra-se a existência de apenas três hospitais psiquiátricos no estado:

Tabela 1 – Hospitais Psiquiátricos (décadas de 1960 e 1970)

Nome	Município	Ano
Hospital Psiquiátrico de Maringá (Sanatório Maringá)	Maringá	1966
Hospital Psiquiátrico Franco da Rocha	Ponta Grossa	1967
Clínica Dr. Hélio Rotenberg (Hospital Pínel)	Curitiba	1968
Hospital e Casa de Saúde São Marcos	Cascavel	1970
Hospital Psiquiátrico Nossa Lar	Loanda	1970
Casa de Saúde de Rolândia	Rolândia	1970
Clínica Santa Cruz	Umuarama	1970
Clínica Heidelberg	Curitiba	1972
Hospital San Julian	Curitiba	1973
Hospital Psiquiátrico Filadélfia	Marechal Cândido Rondon	1979

Fonte: SESA/ISEP/DSS/Coordenação de Saúde Mental, 2007; LENDZION, 2007.

Porém, o movimento de privatização da assistência psiquiátrica não parou aí. Em 1995, documento da Secretaria Estadual de Saúde, atesta a existência de 22 hospitais

⁶¹ PAULIN; TURATO, Op cit, 2004, p. 247. Ainda segundo os autores: “A situação deteriorada dos hospitais públicos levou ao ‘discurso da competência’, exposto pelos empresários privados. Valeria a pena investir em grandes hospitais públicos superlotados, inadequados, pouco terapêuticos e ineficazes para a cura dos doentes. Ou o caminho mais correto seria o pequeno hospital, com internação de curta duração, atendimento personalizado e possibilidade de reinserção social? Certamente, a opção pelo hospital privado era inerente a população previdenciária.”

⁶² CERQUEIRA, *apud* PAULIN; TURATO, Op cit, 2004, p.247.

particulares credenciados pelo Sistema Único de Saúde. Estes respondiam por 93% do total de 4.819 leitos psiquiátricos existentes no estado na época.⁶³

Por outro lado, o período que antecedeu o movimento de Reforma Psiquiátrica foi marcado no país, também, pela existência de “*inúmeros planos, manuais e ordens de serviço propostos no intuito de viabilizar uma prática psiquiátrica comunitária, preventivista, extra-hospitalar e terapêutica.*”⁶⁴ No Paraná, isto fica visível através de alguns documentos publicados pela Fundação Caetano Munhoz da Rocha / FSCMR, vinculada a Secretaria de Estado da Saúde e do Bem Estar Social / SESB, como a “*Proposta para uma política de Saúde Mental da SESB*”, de 1983.⁶⁵

Neste documento, o intitulado ‘Grupo de apoio à Saúde Mental da SESB’, propõe-se a formular, implantar e consolidar uma política de saúde mental no estado, através da realização de uma radiografia e de um diagnóstico da realidade dos serviços prestados na época; da formação e treinamento de recursos humanos; da construção de alternativas e da promoção da saúde mental. Segundo o grupo haveria

[...] a necessidade de uma mudança de atitude perante a loucura, no sentido de excluirmos a divisão RAZÃO x LOUCURA, buscando a ALTER-NATIVA outra. [...] a ‘Promoção da Saúde Mental’ deve-se dar em todos os níveis e implica numa atitude de valorização da pessoa e da comunidade como um todo, respeitando seus traços culturais e estimulando sua participação [...].⁶⁶

Publicado dez anos antes do documento da FSCMR, o ‘Manual de Serviço para a Assistência Psiquiátrica’, da Secretaria de Assistência Médica do INPS destacava na época, como importante, a realização de práticas preventivistas de assistência, como a realização de programas assistenciais destinados a segmentos específicos da população (materno-infantil, adolescentes, epiléticos, crônicos, etc.), além da formação de equipes multidisciplinares e serviços extra-hospitalares como ambulatorios, emergências e pensões ou lares protegidos.⁶⁷

No Paraná, algumas das proposições da psiquiatria preventiva como os ambulatorios, por exemplo, já estavam em funcionamento desde longa data como vimos. Outros como a

⁶³ PARANÁ, Op cit, 1995.

⁶⁴ PAULIN; TURATO, Op cit, 2004, p.256.

⁶⁵ A FSCMR, vinculada a SESB, tinha como objetivos e atribuições executar atividades sanitárias em consonância com os programas elaborados pela própria secretaria e com as diretrizes da política de saúde do Governo do Estado do Paraná. Cf. PARANÁ. Secretaria do Estado da Saúde e do Bem Estar Social. Fundação de Saúde Caetano Munhoz da Rocha. Grupos de Apoio a Saúde Mental. **Proposta para uma política de Saúde Mental**. Curitiba: SESB / FSCMR, 1983. Paginação irregular. A partir desta década, e como parte da perspectiva preventivista, o termo “saúde mental” começa a aparecer nos documentos públicos, como o documento citado, em lugar do termo “doença mental”.

⁶⁶ PARANÁ, Op cit, 1983.

⁶⁷ PAULIN; TURATO, Op cit, 2004, p. 251. Conforme os autores, o manual foi publicado em 19 de julho de 1973.

pensão protegida, passaram a existir apenas na década de 1980. No Hospital Colônia Adauto Botelho, “a Pensão Protegida intra-muros” para mulheres, fora inaugurada em 1982 e tinha *“um programa básico de atendimento e funcionamento, em que se objetiva[va] chegar o mais perto possível de um ideal que seria a autogestão da casa pelas pensionistas”*.⁶⁸

A “Proposta para uma política de Saúde Mental da SESB” apresenta ainda, uma síntese do trabalho “de promoção de saúde mental” realizado no ano de 1982:

No decorrer de 1982, em todo o Estado foram realizados 79.874 atendimentos de Saúde Mental, nos 19 ambulatórios dos Centros de Saúde das sedes distritais, sendo que 39.638 correspondem às consultas médico-psiquiátricas e 40.236 aos atendimentos psicológicos. Destes 40.236, 24.871 são de ordem preventiva realizados de maneira individual ou grupal. No primeiro trimestre de 1983 realizaram-se 8.625 atendimentos psicológicos em que 5.081 são de orientação preventiva. Em 1982 foram feitas 1.333 sessões de grupo de prevenção e no primeiro trimestre de 1983, 232.

Com a implantação dos serviços de psicologia em todos os Distritos Sanitários foi intensificado o trabalho de prevenção propriamente dita e promoção de saúde mental, visto que este tem sido feito mais pelo psicólogo do que pelo psiquiatra. [...]

Tem sido realizados atendimentos de forma individual ou grupal, tais como: entrevistas de orientação, reuniões de grupo, palestras, aulas, seminários, reciclagem, programas de rádio e televisão, artigos em jornais. Tem havido entrosamento com outros serviços da comunidade, como INPS, IPE, Prefeitura, SENAC, LBA, PROMOPAR, SESC, ACARPA, IAM, Educação Especial, MOBRAL, Alcoólicos Anônimos e outros. Em síntese tem ocorrido a busca de integração em atividades de Promoção da Saúde Mental, com a igreja, empresa e escola, principalmente através de associações.⁶⁹

O trecho acima parece indicar com clareza a inserção do Paraná numa política preventivista. Esta que surgira como “alternativa ao modelo psiquiátrica clássico organomecanicista [almejando] não apenas a prevenção da doença mental, mas fundamentalmente, a promoção da saúde mental”, segundo críticos, não atingiu necessariamente um de seus objetivos principais, ou seja, enfraquecer o modelo manicomial como preferencial. Para Costa, citado por Paulin e Turato, estudos realizados em outros países demonstraram que, em razão de um maior “atendimento ambulatorial e extra-hospitalar” da

⁶⁸ PARANÁ, Op cit, 1983. Não paginado. Na radiografia realizada e apresentada no documento da FSCMR, acima citado, há a indicação clara de quais internas teriam acesso a pensão protegida: “Atualmente a Pensão Protegida hospeda 13 pessoas, ex-pacientes dos pavilhões de não contribuintes do HCAB, em condições de asilamento, mas que ocupam em seus pavilhões situações de graduadas, ou seja, pacientes ‘boas’, que ajudam, etc... Após curto período de elaboração junto com as futuras pensionistas, foi realizada a mudança para a casa que chamamos de Pensão Protegida.”. Gonçalves, 1997, p.162, apresenta informações diferenciadas sobre a experiência da pensão protegida do HCAB: “A Pensão Protegida foi uma experiência realizada no Hospital Colônia Adauto Botelho – H.C.A.B (1981-1983) no município de Piraquara-PR em uma casa localizada no pátio do hospital. Esta casa abrigou vinte pacientes (mulheres) com alta hospitalar que não tinham para onde ir.”

⁶⁹ PARANÁ, Op cit, 1983. Não paginado.

população, “houve até um movimento de retroalimentação dessas instituições, pelo ingresso de novos clientes para tratamento moral, fenômeno denominado de *aggionarmento por Castel*”. Tal fato teria ocorrido pela “medicalização da ordem social”.⁷⁰

Se o estabelecimento de práticas preventivistas no Paraná levou a situação acima indicada, a ausência de dados não me permite afirmar com certeza. É certo, no entanto, que tais iniciativas no estado, como de resto em grande parte de país, tiveram papel coadjuvante no terreno da assistência psiquiátrica. O papel principal nesta assistência coube ao grande hospital psiquiátrico privado, contratado majoritário da Previdência Social para suprir as demandas por assistência. No Paraná, as mudanças começaram a ser sentidas apenas no início da década de 1990, quando o movimento de Reforma Psiquiátrica iniciado no final da década de 1970 no centro do país, ganha fôlego também no Estado.

A deflagração e os primeiros tempos da Reforma Psiquiátrica no Paraná

No Paraná os primeiros sinais concretos da Reforma Psiquiátrica começam a ser percebidos nos primeiros anos da década de 1990. Segundo Maftun:

No Paraná, a Secretaria Estadual e as Secretarias Municipais de Saúde vêm trabalhando no processo de Reforma Psiquiátrica desde 1994. Encontros têm sido realizados com a participação de profissionais, docentes e usuários da área da Saúde Mental e Psiquiátrica, objetivando a conscientização da necessidade de avanços na implantação e implementação de serviços voltados ao enfoque da interdisciplinaridade, que atendam as pessoas com sofrimento mental em fase aguda e fora dela.⁷¹

Em 29 de março de 1995, foi constituído no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde, o “Grupo de Trabalho de Saúde Mental”, com o intuito de discutir e elaborar propostas básicas para a área de saúde mental. Composto pelo então Secretário de Estado da Saúde e por representantes de diversas entidades, como a Diretoria de Vigilância e Pesquisa / Departamento de Programas Especiais / Saúde Mental, Hospital Colônia Adauto Botelho, Centro Psiquiátrico Metropolitano, entre outros, o grupo levantou inicialmente a situação em que se encontrava no estado, na época, a assistência em saúde mental:

- 1 – A área de Saúde Mental apresenta situação caótica, desorganizada, sem rumo, desintegrada, prevalentemente de orientação hospitalocêntrica.
- 2 – Não tem sido considerada a promoção da Saúde Mental bem como a assistência integral ao paciente nos diversos níveis de atendimento.

⁷⁰ PAULIN; TURATO, Op cit, p.251.

⁷¹ MAFTUN, Mariluci A. **O ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica no Estado do Paraná**. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. São Paulo, USP, 2004.

3 – Ressalta-se a indefinição de papéis, atribuições dos profissionais e dos serviços, pois não há referência, não havendo fluxos adequados e sistemas de referências.

4 – A demanda é reprimida uma vez que há dificuldades no acesso para atendimento ambulatorial e acompanhamento aos egressos do hospital psiquiátrico.

5 – O baixo valor da remuneração pelo sistema, da consulta ambulatorial e a falta de medicamentos agravam esta situação.

6 – Com relação à assistência hospitalar, levantou-se sobre as limitações das AIHs e as dificuldades geradas principalmente pela falta de critérios definidos para a sua distribuição. Outro problema se refere ao número significativo de pacientes vindos de outros estados e que utilizam as AIHs do Paraná.

7 – Os estudos epidemiológicos também não tem sido prioridade.⁷²

A identificação dos problemas levou a formulação, pelo grupo, das linhas gerais de uma “Política de Saúde Mental para o Estado do Paraná”, que deveria ser discutida com “*os assessores das macro-regiões para a viabilização de um plano de ação de implantação e implementação das atividades de acordo com as peculiaridades de cada região*”.⁷³ A implantação e implementação de “ações de promoção e assistência à Saúde Mental” no estado constituiu-se no objetivo geral do planejamento, que apresentou três grandes objetivos específicos:

1 – Estabelecer propostas de estudo epidemiológico para nortear as ações de promoção e assistência à Saúde Mental. [...];

2 – Promover a Saúde Mental da população através de ações básicas de saúde e integração com a comunidade. [...];

3 – Organizar, implementar e estruturar a assistência à Saúde Mental no Estado, dando prioridade ao atendimento ambulatorial.[...].⁷⁴

Estes objetivos estavam divididos em inúmeros subitens que delineavam com bastante clareza as ações que deveriam ser instituídas e, no próprio documento, há uma síntese final apontando:

- a) O que era prioritário, ou seja, privilegiar o atendimento extra-hospitalar em razão de seu impacto terapêutico positivo, da redução do estigma relativo às doenças mentais e da efetividade de custo;
- b) O que deveria ser feito para atingir a prioridade, ou seja, trabalhar as resistências sociais e político-administrativas dos profissionais da área, fornecer e ampliar os recursos terapêuticos com ambulatórios, hospitais-dia, entre outros;
- c) E quais agentes seriam importantes participantes na condução do processo de implantação e implementação da política estadual: grupos de políticos e agências governamentais que

⁷² PARANÁ, Op cit, 1995, p.2.

⁷³ PARANÁ, Op cit, 1995, p.6.

⁷⁴ PARANÁ, Op cit, 1995, p.3-5.

controlavam o orçamento, grupos de pacientes e familiares, grupos de profissionais (psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, entre outros), público e mídia, órgãos formadores de profissionais (especialmente da área da saúde).⁷⁵

Na projeção da substituição do modelo hospitalocêntrico por outras formas de atenção e serviços de assistência foi também gestada no Paraná, antes mesmo da aprovação da lei federal da reforma psiquiátrica – a Lei nº 10.216/01 –, uma lei estadual. No mesmo ano em que se constituiu o “Grupo de Trabalho de Saúde Mental”, em 09 de novembro de 1995 foi promulgada a Lei Estadual nº. 11.189 que dispôs “*sobre as condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cuidados com transtornos mentais*”.⁷⁶ Em seu artigo primeiro a lei estabeleceu que ninguém com base em alegação de “transtorno mental” poderia ser limitado em sua condição de cidadão e sujeito de direitos, sofrendo internações ou quaisquer outras formas de privação de liberdade sem o devido processo legal.⁷⁷ A seguir definiu qual o novo modelo de atenção em saúde mental a ser erigido no estado do Paraná:

O novo modelo de atenção em saúde mental consistirá na gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de cuidado às pessoas que padecem de sofrimento psíquico por uma rede integrada de variados serviços assistenciais de atenção sanitária e social, tais como ambulatórios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais-gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, lares abrigados, pensões públicas comunitárias, oficinas de atividades construtivas e similares.⁷⁸

No sentido de promover a implantação do novo modelo de assistência, a lei da reforma psiquiátrica paranaense condicionou ainda, em seu artigo 3º, a construção ou ampliação de hospitais psiquiátricos (públicos ou privados) e a contratação e financiamento de novos leitos nesses hospitais, a uma prévia aprovação pelo Conselho Estadual de Saúde. Aos hospitais psiquiátricos foi facultada pela lei, na medida da extinção de leitos psiquiátricos, a abertura de leitos em outras especialidades, no sentido de propiciar sua transformação em hospitais gerais ou unidades de atenção à saúde mental.

⁷⁵ PARANÁ, Op cit, 1995.

⁷⁶ BRASIL, Op cit, 2004, p.53. O projeto que resultou na lei é de autoria do então deputado estadual, o médico Florisvaldo Fier, conhecido por Dr. Rosinha.

⁷⁷ O parágrafo único do referido artigo estabeleceu os requisitos para a internação voluntária de pessoas maiores de idade em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares, para o que seria exigido laudo médico que fundamentasse o procedimento, bem como informações que assegurassem “ao internado tornar opinião, manifestar vontade e compreender a natureza de sua decisão”. BRASIL, Op cit, 2004, p.53.

⁷⁸ Art. 2º, in BRASIL, Op cit, 2004, p.53

A lei indicou também que a operacionalidade técnico-administrativa do “novo modelo de atenção à saúde mental”, seria estadual e municipal, “devendo atender às peculiaridades regionais e locais” e observar “o caráter do Sistema Único de Saúde”, ou seja, a descentralização, a regionalização, o atendimento integral. Para tanto, o Conselho Estadual e os conselhos municipais de saúde deveriam constituir Comissões de Saúde Mental, com representantes de segmentos sociais diversos (trabalhadores em saúde mental, prestadores e usuários dos serviços, familiares, autoridades sanitárias, membros da Defensoria Pública e da comunidade científica). Tanto a Secretaria Estadual de Saúde, como as secretarias municipais de saúde teriam o prazo de um ano para apresentarem, aos conselhos, seus respectivos planejamentos e cronogramas de municipalização dos novos recursos de atendimento.⁷⁹

Na direção já apontada pelos artigos anteriores, o artigo 9º da lei, referendou que a implantação e a manutenção de rede integral em saúde mental deveria ser a partir de então, descentralizada e municipalizada, observando as particularidades socioculturais locais e regionais, além de garantir a gestão social dos meios. Para tanto, determinou que as prefeituras municipais, em cooperação com o Ministério Público local, formassem “conselhos comunitários de atenção aos que padecem de sofrimento psíquico”, com a função principal de *“assistir, auxiliar e orientar as famílias de modo a permitir a integração social e familiar dos que forem internados.”*⁸⁰

Outra questão fundamental, que seria destacada posteriormente também pela lei federal, disse respeito à internação compulsória. Esta, quando necessária, deveria ser comunicada num prazo de 72 horas pelo médico que a autorizou ao Ministério Público, bem como à Defensoria Pública quando houvesse. As autoridades destes órgãos, em contrapartida, deveriam emitir parecer sobre a necessidade, legalidade e manutenção do internamento.⁸¹

Os desdobramentos da lei se fizeram sentir rapidamente em alguns sentidos. Um deles levou a instituição da Comissão Estadual de Saúde Mental em 27 de novembro de 1996, pelo Conselho Estadual de Saúde – CES/PR.⁸² Outras ações propostas pela lei, já haviam sido deflagradas quase coetaneamente a aprovação da lei através do impulso dado pela “Política de Saúde Mental para o Estado do Paraná” e, possivelmente, ambos os movimentos tenham se retroalimentado.

Em 1998, um novo documento da Secretaria de Saúde do Paraná avaliou a implementação das diretrizes básicas desta “Política de Saúde Mental”, instituída em 1995.

⁷⁹ Art. 7º, in BRASIL, Op cit, 2004, p.54.

⁸⁰ Art. 9º, in BRASIL, Op cit, 2004, p.55.

⁸¹ Art. 10º, in BRASIL, Op cit, 2004, p.55-6.

⁸² A comissão foi referendada pela Resolução no 23/97 de 05 de maio de 1997, pelo CES/PR.

Considerando as ações que deveriam ser realizadas, conforme proposição da “Política”, o documento de 1998 destacou aquelas que foram efetivadas e as não contempladas. As iniciativas parecem tímidas ainda, mas avançam no sentido proposto em 1995 – tanto pela política quanto pela lei –, como se pode observar a seguir.

A avaliação centrou-se em quatro eixos. Em relação ao papel assistencial direto da SESA (eixo 1), o documento destacou as ações no Centro Psiquiátrico Metropolitano (CPM) e no Hospital Colônia Adauto Botelho (HCAB). No CPM houve “a intensificação do atendimento ambulatorial”, a “substituição gradual do atendimento centralizado das emergências para os serviços já existentes (Pronto-Socorro, UBS – 24h, Hospitais Gerais...)”, bem como a “implementação de atividades comunitárias”. Já no HCAB, ocorreram ações para a “sensibilização dos profissionais para uma visão mais integral do paciente”, a “implementação do centro cultural Adauto Botelho, centro comunitário e criação da videoteca”, a “implementação das oficinas terapêuticas (atelier de pintura)”, a “implementação da utilização do Núcleo de Terapia Alternativa como meio terapêutico e ressocializante” (atividades de hidroponia, plantio de fitoterápicos, abatedouro de frangos). Além disso, o documento anunciou a realização de “*reformas na estrutura física do hospital*”, bem como a “*participação conjunta [dos internos] com o CPM e Associação Arnaldo Gilberti em atividades comunitárias*”.⁸³

Em relação ao estímulo à mudança do modelo assistencial junto aos municípios (eixo 2), o documento destacou o “incentivo aos municípios para integração de ações de saúde mental nas ações básicas de saúde”, através da realização de seminários de discussão sobre “as bases legais da estrutura de serviços de saúde mental e diretrizes propostas pela SESA e Conselho Estadual de Saúde”, bem como da introdução do tema Saúde Mental no projeto Protegendo a Vida – Ciclo II, projeto que visava a “*sensibilização e treinamento de profissionais da saúde, profissionais da área da educação, agentes comunitários, pastorais, líderes de comunidade*”.⁸⁴

Em relação ao papel regulador do Estado (eixo 3), o documento chamou a atenção para o “*estabelecimento de critérios imprescindíveis para o funcionamento de serviços*

⁸³ PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Paraná mais saúde**: Análise da implementação das diretrizes básicas da Política de Saúde Mental. Curitiba: SESA, 1998a. Não paginado. A Associação Arnaldo Gilberti foi criada em 1994, “por iniciativa de profissionais, pacientes e familiares de pacientes em tratamento no Centro Psiquiátrico Metropolitano, especialmente no NAPS”. Através de trabalho voluntário, a entidade filantrópica tem como “finalidade combater tanto o preconceito da sociedade em relação aos pacientes como também o preconceito que os pacientes têm em relação aos seus próprios problemas”. PARANÁ, Op cit, s.d.

⁸⁴ PARANÁ, Op cit, 1998a. Não paginado.

*psiquiátricos, compatibilizando as diferentes portarias do Ministério da Saúde” e a “realização de auditoria conjunta em todos os serviços assistenciais existentes no Estado”.*⁸⁵

Além dessas ações foram elencadas como “outras” (eixo 4), uma parceria estabelecida com a Pastoral da Criança, a participação em reuniões sobre a organização de serviços de saúde mental e a coordenação da Comissão Estadual de Saúde Mental, que fora criada no ano anterior.⁸⁶

Entre as ações não contempladas encontram-se algumas consideradas fundamentais, para a implementação da nova política de saúde mental e o cumprimento da lei, como a não *“criação de serviços extra-hospitalares como ambulatórios e hospital-dia”* no HCAB, a não *“implementação dos serviços ambulatoriais especializados existentes nos municípios e consórcios”* ou a ausência de *“estímulo à implantação de hospitais-dia e de serviços de urgência psiquiátrica e leitos em pronto socorro e hospitais gerais”.*⁸⁷

Isto não significa que nada tenha sido feito neste sentido, pois vários municípios do estado tinham deflagrado seus processos de reforma psiquiátrica, coetânea ou imediatamente após a aprovação da política e da lei. Em Curitiba, por exemplo, foi promulgada uma lei municipal – Lei nº 9.000/96 –, com o mesmo teor da lei estadual e do projeto de lei que resultaria na lei federal anos depois. Isto é, a lei curitibana visava também a desospitalização e a ressocialização dos internos em hospitais psiquiátricos, entre outras coisas.⁸⁸ Além disso, a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba deflagrara anos antes, em 1991, um processo de discussões sobre o modelo de atenção em saúde mental, que resultou no estabelecimento do perfil da equipe de saúde mental a atuar nos serviços básicos de saúde: um(a) psiquiatra, um(a) psicólogo(a) e um(a) enfermeiro(a) psiquiatra. Em 1993 fora criado um Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) vinculado ao CPM. Entre 1994 e 1995, através de uma parceria com profissionais do Canadá a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, “após diagnóstico situacional, construiu coletivamente uma proposta de trabalho em saúde mental”. Cursos de capacitação em saúde mental comunitária, para profissionais da área também foram realizados nos anos de 1995 e 1996. Segundo Fonseca:

As leis estadual e municipal nortearam a implantação do Programa de Saúde Mental em Curitiba, criando novas alternativas de tratamento, em substituição ao internamento integral, sendo viabilizados, aos inscritos no programa, procedimentos ambulatoriais, Centro de Atenção Psicossocial

⁸⁵ PARANÁ, Op cit, 1998a. Não paginado.

⁸⁶ PARANÁ, Op cit, 1998a. Não paginado.

⁸⁷ PARANÁ, Op cit, 1998a. Não paginado.

⁸⁸ FONSECA, Ana L. N. **O cuidado transpessoal de enfermagem domiciliar ao portador de transtorno mental e sua família:** uma contribuição para a reinserção social. Dissertação (Mestrado) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, UFPR, 2004.

(CAPS), Hospital-Dia (HD), consultas psiquiátricas, psicologia e terapia de grupo, pronto atendimento nas unidades de saúde Albert Sabin e Boa Vista, além de medicação psiquiátrica na Farmácia Curitiba.⁸⁹

Outro exemplo, de adequação aos propósitos da reforma psiquiátrica, ocorreu em Londrina onde, desde setembro de 1996, funcionava o Núcleo de Apoio Psicossocial CONVIVER. Este contava com oficinas terapêuticas e grupos de convivência e funcionava 24 horas.⁹⁰

Iniciativas como esta, implementadas ainda na década de 1990 por alguns poucos municípios do Paraná (como Londrina e Curitiba), registram – como disse acima – o avanço da reforma psiquiátrica no estado. Porém, como se viu nas análises já citadas, produzidas pelo próprio governo estadual, a ausência de mudanças no conjunto dos municípios tornava este avanço muito lento. As dificuldades de efetivação das proposições são muitas como registra outro documento da SESA, datado de 1998.

Conforme o documento “O Papel do Estado na Construção do Novo Modelo de Assistência à Saúde Mental”, devido à falta de uma articulação geral no estado com a criação de instituições correlatas em diferentes municípios, alguns dos municípios como Londrina que, com a implantação de seu primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) em 1996, conseguiu reduzir a hospitalização dos pacientes oriundos da própria cidade, mantiveram a mesma taxa de ocupação dos hospitais psiquiátricos, pois continuaram a receber pacientes encaminhados por outros municípios.⁹¹

Apesar dos problemas como o acima indicado, segundo indicações de documentos públicos, entre outros, o novo milênio assiste a gradativa estruturação dos programas de saúde mental nos municípios paranaenses, a constituição de um aparato institucional novo com a instauração de Centros de Atenção Psicossocial, Hospitais-Dia e ambulatorios por todo o estado, a abertura de leitos em hospitais gerais e a correlata diminuição de leitos em hospitais especializados, bem como o fechamento de algumas grandes instituições psiquiátricas. Mas esta já é outra história.

⁸⁹ FONSECA, Op cit, 2004, p.22-3.

⁹⁰ MAFTUN, Op cit, 2004.

⁹¹ PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Paraná mais saúde: O papel do estado na construção do novo modelo de assistência à saúde mental.** Curitiba: SESA, 1998b.

Considerações Finais

Desde os anos iniciais da deflagração do processo de reforma psiquiátrica no Paraná, mais de dez anos se passaram. Em 2008, anuncia-se através de discursos diversos um panorama novo. Ao mesmo tempo em que representantes do poder público, especialmente da SESA – condutora do processo –, anunciam os avanços inexoráveis e positivos do processo de reforma, outros arautos que representam a tradição hospitalocêntrica, anunciam o caos do novo modelo. Leis, normas, planos, políticas, projetos terapêuticos dos hospitais, artigos em jornais e revistas (escritos por defensores ou detratores da reforma), entre outros tantos documentos, são produtos de lutas pelo estatuto da verdade, não tenhamos dúvida.

Mas o que está em jogo? Que jogo é este?

Certamente para compreendê-lo é preciso avançar na análise, desvelando os meandros da constituição dos discursos e dando espaço para que outros discursos sejam ouvidos, especialmente os daqueles que por muito tempo foram silenciados e destituídos – os chamados ‘loucos’ – e que, por obra e luta de muitos (inclusive deles próprios) têm garantido ainda lentamente – mas sob a proteção da lei e a vigilância sobre o cumprimento dela –, seus direitos de cidadãos.

Se como disse Foucault, nos jogos de verdade a verdade é o que se diz a partir do poder de dizê-lo, novos poderes de ‘dizer’ poderão alargar o horizonte do que foi dito até aqui, tanto pelos documentos que analisei, quanto por minha própria análise. O dito por esta historiadora fica como uma possibilidade de conhecimento, uma tentativa de busca arqueológica – ainda que limitada – com a intenção de apreender os princípios da organização do cenário contemporâneo da assistência psiquiátrica ou, da atenção psicossocial como se a nomeia hoje, no Estado do Paraná. Tenho clareza que mostrar o presente não basta, é preciso reconstituir os nexos de sentido, buscar os começos, cavoucar as camadas sobrepostas que constituíram aquilo que nos parece tão claro hoje. Esta é, portanto, uma tarefa que não pode cessar.

Referências Bibliográficas

- AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996.
- _____. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. da FIOCRUZ, 1998.

- _____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Ed. da FIOCRUZ, 2007.
- AMARANTE, Paulo (org.) **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.
- _____. (org.) **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2000.
- BÉDARIDA, François. Tempo presente e presença da história. In: FERREIRA, Marieta de M.; AMADO, Janaína. **Usos & abusos da história oral**. 3. ed. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2000, p.219-229.
- BORGES, Viviane T. **Loucos (nem sempre) mansos da estância**: controle e resistência no cotidiano do Centro Agrícola de Reabilitação (Viamão/RS, 1972-1982). Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós Graduação em História, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, UFRGS, 2006.
- CAMPOS, Paulo F. de S. **Os enfermos da razão**: cidade planejada, exclusão e doença mental (Maringá, 1960-1980). São Paulo: Annablume; Fapesp, 2004.
- CHARTIER, Roger. A visão do historiador modernista. In: FERREIRA, Marieta de M.; AMADO, Janaína. **Usos & abusos da história oral**. 3. ed. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2000, p.215-218.
- COSTA, Jurandir F. **História da Psiquiatria no Brasil**: um corte ideológico. Rio de Janeiro: Campus, 1981.
- COSTA, Nilson do Rosário. Prefácio à segunda edição: Cidadania, singularidade e inovação. In: AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. da FIOCRUZ, 1998.
- CUNHA, Maria C. P. Loucura, gênero feminino: as mulheres do Juquery na São Paulo do início do século XX. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 9, n. 18, p. 121-144, ago./set. 1989.
- CUNHA, Maria C. P. **O espelho do mundo**: Juquery, a história de um asilo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
- DIAZ, Fernando S. **Os Movimentos Sociais na Reforma Psiquiátrica**: O “Novo” na História da Psiquiatria do Brasil. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz. Rio de Janeiro, COC / Fiocruz, 2008.
- ENGEL, Magali. **Os delírios da razão**: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- ENGEL, Magali. Psiquiatria e feminilidade. In: DEL PRIORE, Mary (Org.). **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1997. p. 322-361.
- FERREIRA, Marieta de M. História, tempo presente e história oral. **Topóis**, n. 5, Rio de Janeiro, dez. 2002, p.314-315.
- FOUCAULT, Michel. **Doença mental e Psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.
- _____. **História da loucura na idade clássica**. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1989a.
- _____. **Vigiar e punir**. História da violência nas prisões. 7. ed., Petrópolis: Vozes, 1989b.
- _____. **As palavras e as coisas**. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1995.
- _____. **Problematização do sujeito**: psicologia, psiquiatria e psicanálise. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999.
- _____. **Os Anormais**: Curso do Collège de France. (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- FONSECA, Ana L. N. **O cuidado transpessoal de enfermagem domiciliar ao portador de transtorno mental e sua família**: uma contribuição para a reinserção social. Dissertação (Mestrado) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, UFPR, 2004.

- LENDZION, Kelli C. **Vozes dissonantes: a reforma psiquiátrica em Ponta Grossa.** Monografia (Bacharelado em História) – Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Ponta Grossa. Ponta Grossa, UEPG, 2007.
- LUZIO, Cristina A. A atenção em saúde mental em municípios de pequeno porte. **Jornal Brasileiro de História da Medicina**, v. 7, suplemento 1, nov.2004, p.70.
- LUZIO, Cristina A. **A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio porte: ressonâncias da reforma psiquiátrica.** Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, UNICAMP, 1994.
- MACHADO, Roberto et al. **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil.** Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- MAFTUN, Mariluci A. **O ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica no Estado do Paraná.** Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. São Paulo, USP, 2004.
- MESSAS, Guilherme P. O espírito das leis e as leis do espírito: a evolução do pensamento legislativo brasileiro em saúde mental. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 15, n. 1, p. 65-98, jan.-mar. 2008.
- ODA, Ana Maria G. R.; DALGALARRONDO Paulo. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 12, n. 3, p. 983-1010, set./dez. 2005.
- OUYAMA, Maurício. **Uma máquina de curar: o hospício Nossa Senhora da Luz em Curitiba e a formação da tecnologia asilar (final do século XIX e início do século XX).** Tese (Doutorado em História) – Programa de Pós Graduação em História, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, UFPR, 2006.
- PASERINI, Luisa. A “lacuna” do presente. In: FERREIRA, Marieta de M.; AMADO, Janaína. **Usos & abusos da história oral.** 3. ed. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2000, p. 211-214.
- PAULIN, Luiz F.; TURATO, Egberto R. Antecedentes da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 11, n. 2, 2004, p. 241-258.
- PESSOTTI, Isaías. **A loucura e as épocas.** 2^a ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.
- PEREIRA, João Frayse. **O que é loucura.** São Paulo: Brasiliense, 1993.
- PICCININI, Walmor J.; ODA, Ana Maria G. R. História da psiquiatria: a loucura e os legisladores. **Psychiatry one line Brasil**, v. 11, n. 3, março 2006. (<http://www.polbr.med.br/ano06/wal0306.php>)
- POMBO, Riciele M. R. **A nova política de saúde mental: entre o precipício e paredes sem muros.** (Uberlândia 1984 -2006). Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, UFU, 2007.
- PORTER, Roy. **Uma história social da loucura.** Rio de Janeiro: Zahar, 1991.
- PORTOCARRERO, Vera. **Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria.** Rio de Janeiro: Ed. da FIOCRUZ, 2002.
- RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. do R. (org.) **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil.** 3. Ed. Petrópolis: Vozes, 1992, p. 15-73.
- RUSSO, Jane; SILVA FILHO, João F. da S. F. (org.). **Duzentos anos de psiquiatria.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993.
- RUSSO, Jane et al. Entre o corpo e a mente: a noção de indivíduo na assistência de um hospital universitário. In: LEIBING, A. **Tecnologias do corpo: uma antropologia das medicinas no Brasil.** Rio de Janeiro: NAU Editora, 2004, p.37-56.
- SANTOS, Nádia Maria W. **Histórias de sensibilidades: espaços e narrativas da loucura em três tempos – Brasil 1905, 1920, 1937.** Tese (Doutorado em História) – Programa de Pós

Graduação em História, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, UFRGS, 2005a.

SANTOS, Nádia Maria W. **Histórias de vidas ausentes**: a tênue fronteira entre a saúde e a doença mental, Passo Fundo: editora da UPF, 2005b.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 9, n. 1, p.25-29, jan.-abr. 2002.

TUNDIS, S. A.; COSTA, N. do R. (org.) **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 3. Ed. Petrópolis: Vozes, 1992.

VENÂNCIO, A. T. A. Ciência psiquiátrica e política assistencial: a criação do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 10, n. 3, 2003, p. 883-900.

VENTURINI, E. Prefácio à primeira edição. In: AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995, p.15-16.

WADI, Yonissa M. **Palácio para guardar doidos**: uma história das lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: UFRGS, 2002a.

WADI, Yonissa M. **Louca pela vida**: a história de Pierina. Tese (Doutorado em História) - Programa de Estudos Pós-Graduados em História, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, PUCSP, 2002b.

WELLAUSEN, Saly. Michel Foucault: *parrhésia* e cinismo. **Tempo Social – Revista de Sociologia da USP**, v.8, n.1, p.113-125, maio de 1996.

YASUI, S. De movimento social a política pública: conquistas e riscos da Reforma Psiquiátrica. **Jornal Brasileiro de História da Medicina**, v. 7, suplemento 1, nov.2004, p.73.

Fontes

BRASIL. Câmara dos Deputados. **PL-3657/1989**. Disponível em <http://www.2.camara.gov.br/proposicoes>, acesso em 22/09/2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental 1990-2004**. 5.ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

FEDERAÇÃO ESPÍRITA DO PARANÁ. Hospital Espírita Bom Retiro. Disponível em http://www.feparana.com.br/historico/espiritismo_parana02.htm, acesso em 23/09/2008.

BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. Departamento Nacional de Saúde. **Plano Hospitalar Psiquiátrico**. Sugestões para a ação supletiva da União. 1941. CPDOC – FGV, Arquivo Gustavo Capanema – GCh 34.08.03 – doc. n.II-14. Mimeo.

PARANÁ. Assembléia Legislativa. **Mensagem apresentada a Assembléia Legislativa do Estado por ocasião da abertura da 1ª Sessão Legislativa Ordinária da 8ª Legislatura 1961**, pelo Senhor Antonio Annibelli, Governador do Estado. Curitiba: Assembléia Legislativa do Paraná, 1955.

PARANÁ. Assembléia Legislativa. **Mensagem apresentada a Assembléia Legislativa do Estado por ocasião da abertura da Sessão Legislativa Ordinária de 1961**, pelo Senhor Ney A. de Barros Braga, Governador do Estado. Curitiba: Assembléia Legislativa do Paraná, 1961.

PARANÁ. Assembléia Legislativa. **Mensagem apresentada a Assembléia Legislativa do Estado por ocasião da abertura da Sessão Legislativa Ordinária de 1962**, pelo Senhor Ney A. de Barros Braga, Governador do Estado. Curitiba: Assembléia Legislativa do Paraná, 1962.

PARANÁ. Assembléia Legislativa. **Mensagem apresentada a Assembléia Legislativa do Estado por ocasião da abertura da Sessão Legislativa Ordinária de 1963**, pelo Senhor Ney A. de Barros Braga, Governador do Estado. Curitiba: Assembléia Legislativa do Paraná, 1963.

PARANÁ. Assembléia Legislativa. **Mensagem apresentada a Assembléia Legislativa do Estado por ocasião da abertura da Sessão Legislativa Ordinária de 1966**, pelo Senhor Paulo Cruz Pimentel, Governador do Estado. Curitiba: Assembléia Legislativa do Paraná, 1966.

PARANÁ. Assembléia Legislativa. **Mensagem apresentada a Assembléia Legislativa do Estado por ocasião da abertura da Sessão Legislativa Ordinária de 1974**, pelo Senhor Emílio Hoffmann Gomes, Governador do Estado. Curitiba: Assembléia Legislativa do Paraná, 1974.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Paraná mais saúde: Política estadual de saúde mental**. Curitiba: SESA, 1995.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Paraná mais saúde: Análise da implementação das diretrizes básicas da Política de Saúde Mental**. Curitiba: SESA, 1998a.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Paraná mais saúde: O papel do estado na construção do novo modelo de assistência à saúde mental**. Curitiba: SESA, 1998b.

PARANÁ. Secretária de Estado da Saúde. Endereços da rede de atenção em saúde mental. Curitiba: SESA / ISEP / DSS / Coordenação de Saúde Mental, 2007. Disponível em: <http://200.189.113.52/saudemental/index.html>, acesso em 01 de junho de 2007.

PARANÁ. Secretaria do Estado da Saúde e do Bem Estar Social. Fundação de Saúde Caetano Munhoz da Rocha. Grupos de Apoio a Saúde Mental. **Proposta para uma política de Saúde Mental**. Curitiba: SESB / FSCMR, 1983. Paginação irregular.

PARANÁ. Secretaria do Estado da Saúde e do Bem Estar Social. Fundação de Saúde Caetano Munhoz da Rocha. **Situação da saúde no Paraná: diretrizes, principais realizações**. Curitiba: SESB / FSCMR, 1984. Não paginado.

PARANÁ. Conselho Estadual de Saúde do Paraná. **Organização dos serviços de saúde mental**. s.d. Disponível em <http://200.189.11.52:2080/CES-Bole.nsf/c6ff2e26d...>, acesso em 05/10/2008.

SECH, Maderli. Hospital Espírita de Psiquiatria Bom Retiro 55 anos a serviço da comunidade. [2000?] Disponível em: http://www.mundoespirita.com.br/antigo/jornal/jornal2000/hospital_espirita_de_psiqui..., acesso em 10/09/2008.