

Attiliana De Bona Casagrande

“DEPENDÊNCIA QUÍMICA”, BIOPOLÍTICA E A RECONFIGURAÇÃO DOS MECANISMOS DISCIPLINARES: A EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO, PR (1983-2012)

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação em Sociologia Política, da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Mestra em Sociologia Política.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sandra N. C de Caponi

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Yonissa M. Wadi

Florianópolis
2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária
da UFSC.

Casagrande, Attiliana De Bona
“Dependência química”, biopolítica e a reconfiguração dos
mecanismos disciplinares: a experiência do hospital colônia
Adauto Botelho, PR (1983-2012) / Attiliana De Bona Casagrande;
orientadora, Sandra N. C. de Caponi; coorientadora, Yonissa M.
Wadi. - Florianópolis, SC, 2015. 258 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa
de Pós-Graduação em Sociologia Política.

Inclui referências

1. Sociologia Política. 2. Hospital Colônia Adauto Botelho/PR. 3.
Dependência química. 4. Biopolítica. 5. Mecanismos disciplinares.
I. Caponi, Sandra N. C. de. II. Wadi, Yonissa M. III. Universidade
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em
Sociologia Política. IV. Título.

Nome completo do autor

TÍTULO: SUBTÍTULO (SE HOVER)

Este (a) Dissertação/Tese foi julgado(a) adequado(a) para obtenção do Título de “...”, e aprovad(o)a em sua forma final pelo Programa ...

Local, x de xxxxx de xxxx.

Prof. xxx, Dr.
Coordenador do Curso

Banca Examinadora:

Prof.^a xxxx, Dr.^a
Orientadora
Universidade xxxx

Prof.^a xxxx, Dr.^a
Corientadora
Universidade xxxx

Prof. xxxx, Dr.
Universidade xxxxxx

*Para quem me trouxe ao mundo, Ana e Jânio.
Para Eduardo e a quem trouxemos juntos ao mundo também, Lara.*

*Para Attilio De Bona (em memória) e Julio Cesar De Bona (em
memória), cujas vidas foram marcadas pela “dependência química” e,
por vezes, pelo internamento psiquiátrico.*

AGRADECIMENTOS

Meu ingresso no mestrado marcou o início de um novo ciclo de vida profissional e pessoal, começando pela mudança à cidade de Florianópolis. Gostaria agradecer todas as pessoas envolvidas direta e indiretamente nesse processo.

À minha mãe Ana De Bona e ao meu pai Janio Casagrande não há palavras que possam expressar minha gratidão. Sem o apoio emocional incondicional e o suporte material, tudo isso e mais um pouco não teria se realizado.

À Eduardo, por sua companhia, por todo amor, cuidado, amizade, debates acadêmicos, leituras atentas, sugestões interessadas, comida, casa limpa e roupa lavada, enfim, por compartilhar a vida comigo. Gratidão especial eu tenho por sua paternidade ativa e sua vontade de compreensão do nosso “sagrado feminino”, tornando-se um aliado na desmistificação do universo social patriarcal em que vivemos. Eu sei que o esforço para vocês homens também é grande. Estamos juntos! E sem você eu não teria comigo àquela para quem agora devo todo o esforço para viver, nossa [ainda] pequena Lara. Larinha minha querida, apesar de você também [ainda] não decifrar essas palavras, é no fato de ter me tornado sua mãe onde eu decifro melhor o sentido de gratidão, pois a cada dia contigo eu compreendo que *“é preciso ter manha, é preciso ter graça, é preciso ter sonho sempre [pois] quem traz na pele essa marca, possui a estranha mania de ter fé na vida”*.

À todos meus familiares. Gabrielli obrigada pela irmandade amiga. Maria Rita, por desconstruir o “mito da sogra má”, gratidão pela amizade, apoio e parceria de sempre. Zelinda, sou grata por ter você como exemplo de avó lúcida, ativa e divertida, sem contar por todas as receitas culinárias.

Registro minha imensa gratidão à professora Sandra Caponi por seus ensinamentos, sua orientação atenciosa, compreensão de minhas demandas pessoais e pela confiança e liberdade no desenvolvimento dessa pesquisa.

À professora Yonissa Wadi, minha orientadora de graduação e co-orientadora dessa, sou eternamente grata por me colocar no caminho e por me acolher sempre!

À professora Márcia Grisotti, por estreitar meu contato com o Programa de Pós Graduação em Sociologia Política, pela orientação inicial e arguição na qualificação do projeto de pesquisa.

À professora Elizabeth Farias da Silva pelo por seus ensinamentos sociológicos, pela apreciação interessada desse estudo em

seminário de pesquisa e por compor a banca avaliadora nesse momento final.

À professora Fátima Buchele pela participação desde a qualificação da pesquisa, permitindo assim uma troca produtiva entre campos distintos do saber no desenvolvimento dessa pesquisa.

À professora Viviane Borges, pela participação da banca e pela disponibilidade desde o início da pesquisa em me ouvir, auxiliar e incentivar a pesquisa, especialmente no que se refere ao uso das técnicas de pesquisa em arquivos históricos.

Ao corpo docente do Programa de Pós Graduação em Sociologia da UFSC, às secretárias Albertina e Fátima e aos demais funcionários da instituição.

À toda equipe do Hospital Colônia Adauto Botelho, por aceitarem e contribuírem com o desenvolvimento da pesquisa de campo, por todos esforços garantidos em benefício de minha estadia em Curitiba, pelo transporte, pelas refeições e por um convívio amistoso.

Ao Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento Científico (CNPq) pelo incentivo financeiro conferido de bolsa de pesquisa.

RESUMO

Este trabalho evidencia a dinâmica de reconfiguração dos mecanismos disciplinares no espaço do Hospital Colônia Aduino Botelho (HCAB/Paraná), compreendendo-a como um fenômeno inerente à biopolítica. A análise documental da instituição possibilitou a apreciação de um conjunto de oito “livros de registros”, que compreendem registros de internamentos nesse hospital durante os anos de 1983 a 2012. Por meio da comparação entre a proporção de internamentos de sujeitos diagnosticados com “transtornos mentais” em geral, “alcoolistas” e “dependentes químicos”, referenciados por categorias diagnósticas expressas pela Classificação Internacional de Doenças (CID), são identificadas e explicitadas mudanças referentes ao perfil da população do hospital (ao longo do recorte temporal indicado). Fundamentada por teorias da biopolítica e da medicalização, a pesquisa caracteriza-se por uma análise qualitativa das classificações diagnósticas provenientes do campo do saber psiquiátrico em cotejamento com determinado conjunto de legislações, evidenciando como esses são elementos constitutivos de um dispositivo de controle da “dependência química” na contemporaneidade.

Palavras-chave: Hospital Colônia Aduino Botelho/PR; Dependência química; Biopolítica; Mecanismos disciplinares.

ABSTRACT

This work highlights the dynamic reconfiguration of the disciplinary mechanisms within the Colony Hospital Adauto Botelho (HCAB/Paraná), understanding it as a phenomenon inherent in biopolitics. The documentary analysis of the institution made it possible to examine a set of eight “records of books”, comprising admissions records in this hospital during the years 1983 to 2012. By comparing the proportion of admissions from subjects diagnosed with “mental disorders” in general, “alcoholics” and “chemical addicts”, referenced by diagnostic categories expressed by the International Classification of Diseases (ICD), are identified and explained changes for the profile of the hospital population (over specified time frame). Supported by theories of biopolitics and medicalization, the research is characterized by a qualitative analysis of diagnostic classifications of psychiatric knowledge from the field readback with a particular set of laws, showing how these are components of a control device “chemical addiction” nowadays.

Keywords: Hospital Cologne Adauto Botelho / PR; Chemical addiction; Biopolitics; Disciplinary mechanisms.

LISTA DE FIGURAS

Gráfico 1 - Relação entre internamentos nas unidades de alcoolismo/dependência química (CRA e URA) e demais unidades de transtornos mentais, HCAB/PR (1983-2012)

Gráfico 2 - Perfil diagnóstico CRA (1983-1985)

Gráfico 3 - Perfil diagnóstico URA (1988-1992)

Gráfico 4 - Perfil diagnóstico URA (1993-1996)

Gráfico 4 - Perfil diagnóstico URA (1993-1996)

Gráfico 5 - Perfil diagnóstico URA (1997-1998)

Gráfico 6 - Perfil diagnóstico URA (1998-1999)

Gráfico 7 - Perfil diagnóstico URA (2000-2003)

Gráfico 8 - Perfil diagnóstico URA (2004)

Gráfico 9 - Perfil diagnóstico URA (2005)

Gráfico 10 - Perfil diagnóstico URA (2006)

Gráfico 11 - Perfil diagnóstico URA (2007-2010)

Gráfico 12 - Perfil diagnóstico URA (2011-2012)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNFE	Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento científico e tecnológico
Conad	Conselho Nacional Antidrogas
Confen	Conselho Federal de Entorpecentes
CRA	Centro de Recuperação de Alcoolistas
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DAP	Departamento de Assistência a Psicopatas
DNS	Departamento Nacional de Saúde
HCAB/PR	Hospital Colônia Adauto Botelho/Paraná
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NEIP	Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PIBIC/CNPq	Programa de Iniciação Científica/Conselho

	Nacional de desenvolvimento científico e tecnológico
PR	Paraná (unidade federativa)
PPGs	Programas de Pós-graduação
RD	Redução de Danos
SAME	Serviço de Médico e Estatística
SENAD	Secretaria Nacional Antidrogas
SESA	Secretaria Estadual de Saúde
SNDM	Serviço Nacional de Doença Mental
SNPFRE	Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes
SUS	Sistema Único de Saúde
UNGASS	Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas
URA	Unidade de Recuperação de Alcoolistas/Adictos

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	25
1. CONFLUÊNCIAS TEÓRICAS.....	37
1.1 O hospital psiquiátrico como espaço disciplinar e a Reforma Psiquiátrica.....	37
1.2 A medicalização dos comportamentos como estratégia biopolítica.....	44
1.2.1 As Classificações Internacionais de Doenças.....	49
1.3 A política “proibicionista” de controle às “drogas”: acordos internacionais, legislações nacionais.....	52
1.3.1 Do “proibicionismo” às propostas alternativas: o “anti-proibicionismo”.....	62
2. CONSTRUINDO UMA ANÁLISE DOCUMENTAL.....	67
2.1 A escolha do <i>locus</i> de pesquisa.....	67
2.2 A coleta das fontes.....	73
2.3 A construção dos dados.....	76
3. CONTEXTUALIZANDO O LÓCUS DE PESQUISA.....	81
3.1 A construção do Hospital Colônia Aduato Botelho/PR e o contexto das políticas nacionais de saúde e assistência psiquiátrica (1940-1950).....	81
3.2 Contrastes entre o cotidiano institucional do HCAB/PR e as políticas públicas preconizadas (1954-1988).....	87
3.3 O CRA e a URA: espaços para a internação de “alcoolistas” e “dependentes químicos” no interior do HCAB/PR (1983-2012).....	100
4. A DISCIPLINA DOS CORPOS E A POLÍTICA DA VIDA: reconfiguração dos mecanismos disciplinares na experiência do HCAB/PR.....	105
4.1 Das classificações de doenças à mudança do perfil diagnóstico no CRA e na URA.....	112
4.2 O dispositivo da “dependência química” no contexto da biopolítica.....	144
4.2.1 Reforma Psiquiátrica, o crack e a configuração de um “risco”.....	155
4.3 “Álcool” versus “outras drogas”, o lícito e o ilícito na “dependência química”: do proibicionismo à periculosidade.....	161
4.4 “Dependência química” e as prerrogativas da Saúde Mental: as múltiplas faces da loucura.....	166
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	175

REFERÊNCIAS.....	179
Apêndices.....	199
Anexos.....	261

INTRODUÇÃO

*Não é só a morte que
nivela; a loucura, o
crime e a moléstia
passam também a sua
rasoura pelas distinções
que inventamos.*

Lima Barreto (Triste
fim de Policarpo
Quaresma)

Ao introduzir este texto, devo enunciar os fatos que motivaram meu interesse pela problemática sociológica abordada ao longo desta pesquisa.

Primeiramente indagava-me: qual é o perfil diagnóstico da população foco do atendimento, ou mesmo, da intervenção de instituições especializadas em psiquiatria? Ou seja, quem eram (e são) os indivíduos internados em hospitais psiquiátricos (antigos manicômios, hospícios, sanatórios)?

Acredito que uma grande parte de pessoas se assim indagadas, certamente responderia: os "loucos". Diante disso precisava entender quem eram tais sujeitos acometidos pelo fenômeno conhecido como "loucura" e por isso, designados "loucos". Descobri então, que esse conceito abarcava o que em tempos idos – época do "alienismo", campo científico hoje conhecido por psiquiatria – denominava-se "alienação mental", sendo conhecida posteriormente por "doença mental" e atualmente traduzida como "transtorno mental" e/ou "sofrimento psíquico".

Especificamente, interessa-me compreender que lugar ocupa a categoria dos denominados "dependentes químicos", nesse amplo mundo configurado pela loucura, ou melhor, pelos transtornos mentais.

Trajetórias de vidas que percorreram meu cotidiano em seus variados âmbitos –familiar, profissional, íntimo, etc – sinalizavam-me que hospital psiquiátrico se tornou um espaço ocupado também por sujeitos atualmente denominados "dependentes químicos", ainda conhecidos como "toxicômanos", "drogaditos" ou "adictos".¹ Por esses

¹ Os quais já se conheceram também por "drogados" e/ou "viciados", termos que embora sejam ainda recorrentes na linguagem ordinária, não se encontra validação no campo científico mais atual.

termos compreende-se as pessoas que vivenciam um fenômeno – ainda que alvo de um debate controverso – reconhecido por uma gama de sujeitos e instituições sociais como sendo uma doença: a “dependência química”. Essa doença seria decorrente do uso abusivo de certas substâncias psicoativas – as quais são capazes de agir sobre o Sistema Nervoso Central (SNC) da pessoa ou mesmo, alterar a psique e a consciência humana – categorizadas como “drogas”. A categoria “dependência química” é atualmente difundida para descrever o fenômeno descrito, por ser legitimada internacionalmente pela Organização Mundial de Saúde (OMS), ainda que haja outras denominações possíveis, como, “toxicomania” (para a psicanálise), “farmacodependência” (para as neurociências) e “adição” (para algumas instituições de tratamento e grupos de ajuda mútua). (MONTEIRO, 2011; SEQUEIRA, 2003). Também a categoria “drogas”, desde que passou a ser considerada como um problema social por saberes e instituições como a medicina, a polícia, a justiça e o Estado, foi designada por diferentes termos, tais como: “tóxicos”, “entorpecentes”, “narcóticos”, “estupefacientes”, etc. (FIORE, 2006). Desse modo, ressalto minha opção terminológica, sendo recorrente no decorrer do trabalho o uso da expressão “dependência química”. Ainda, por vezes, para caracterizar o que denomino “dependência química”, utilizarei o termo “uso abusivo” de “drogas” e/ou de “substâncias psicoativas”.

Observo ainda, que o hospital psiquiátrico foi também lugar de internamento dos “alcoolistas”, ou mesmo dos ditos “alcoólatras” que, de certo modo, também são enquadrados naquilo que se denomina de “uso abusivo de substância psicoativa”.

Tal fenômeno me suscitou um questionamento cuja discussão estará presente no bojo do desenvolvimento desse estudo: “alcooolismo” também é “dependência química”? O que os diferenciam? Quais os fundamentos da caracterização “álcool e outras drogas”, amplamente difundida em discursos médicos, jurídicos e midiáticos em geral?²

² Cabe ressaltar que a diferenciação entre as terminologias: “dependência química” – a qual se direciona, sobretudo, às pessoas que fazem o chamado uso abusivo de “drogas” – e “alcooolismo” – para a designação daqueles que fazem uso abusivo de “álcool”. Tal distinção perpassa a um amplo debate que diz respeito à questão das “drogas” ilícitas *versus* lícitas. Uma discussão que vai ao encontro da crítica e desconstrução de antigas classificações norteadas por acordos comuns do mundo ocidental. Assim, o uso dessas duas categorias será corrente no texto, para demarcar a distinção histórica que as abrangem, sendo a

Isso posto, tratava-se de compreender: em que sentido e sob que categorias a “dependência química” foi caracterizada pelo saber médico e psiquiátrico como sendo uma classe definida de “transtorno mental”, ou um tipo de “loucura”, ou mesmo uma forma de “doença”?

O contato inicial com a temática e o campo desse estudo ocorreu durante uma pesquisa vinculada ao Programa de Iniciação Científica (PIBIC-CNPq), a qual desenvolvi durante os anos de 2009 e 2010.³ Objetivava com este estudo exploratório, uma investigação acerca do processo da ocupação de leitos psiquiátricos por “dependentes químicos” em hospitais especializados em psiquiatria no estado do Paraná.⁴

A partir de seus resultados preliminares percebi que atualmente existe um expressivo preenchimento de parte significativa das antigas vagas destinadas aos “usuários tradicionais” dos hospitais psiquiátricos, isto é, majoritariamente sujeitos com “transtornos mentais” ou “sofrimentos psíquicos”, que durante muito tempo foram conhecidos como “doentes mentais” ou “loucos”, por “dependentes químicos”.

Durante a execução da pesquisa de iniciação científica supracitada, em visitas aos hospitais especializados em psiquiatria do estado do Paraná⁵, coletei depoimentos – mediante entrevistas semi-

“dependência química” utilizada em grande escopo para designar a classificação do consumo das chamadas “outras drogas”.

³ Pesquisa intitulada “De loucos e drogados: a reinvenção do espaço da exclusão assistencial no Estado do Paraná”. Desenvolvida por Atiliana De Bona Casagrande, sob orientação da professora Dra. Yonissa Marmitt Wadi.

⁴ Esta é a tipologia definida pela legislação brasileira, de instituições cadastradas no Banco de Dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS e da Secretaria da Saúde do Estado do Paraná – SESA / PR, como hospitais e clínicas especializados em psiquiatria, os quais foram os antigos manicômios, hospícios e/ou sanatórios.

⁵ Segundo a tipologia definida pela legislação brasileira, conforme descrito acima foram encontradas 18 instituições cadastradas em tais órgãos oficiais. Porém, somente em 14 destas instituições foi possível a realização de pesquisa *in loco*, após permissão das administrações locais. Os depoimentos sobre as internações devido à “dependência química” – direcionados especificamente à minha pesquisa PIBIC (2009-2010) – foram coletados em seis das 14 instituições visitadas. Ressalto que a viabilização das seis entrevistas só foi possível devido à minha participação como assistente de pesquisa no projeto “Assistência Psiquiátrica no Estado do Paraná: mapeamento e análise histórica das instituições, da legislação e das principais políticas públicas”, o qual cobriu as 14 instituições, desenvolvido com apoio financeiro do CNPq e da Fundação Araucária de Pesquisa – PR, sob coordenação da Profa. Dra. Yonissa Marmitt

estruturadas – de representantes institucionais dos hospitais e clínicas psiquiátricas, com formações diversas (como administradores, psicólogos, médicos, etc.), os quais exerciam funções administrativas ou de dirigentes.

Com base nos depoimentos coletados foi possível iniciar uma aproximação com os discursos institucionais relativos ao uso abusivo de “drogas” e sua relação com o regime de internamento psiquiátrico integral. Os depoentes afirmaram, de modo geral, a percepção de uma crescente procura e efetividade das internações decorrentes dos quadros de “dependência química”.

Segundo os depoimentos esta demanda está vinculada especialmente ao uso do *crack*, ou com as consequências do uso do crack, embora, a maior parte dessa demanda por internações, se deva ainda ao alcoolismo. É manifesta também em alguns depoimentos a afirmação de que atualmente não há mais “alcoolistas puros”, a maior parte de sujeitos cuja internação se deva ao uso de álcool, geralmente são também consumidores de outras substâncias psicoativas, entre elas e preferencialmente o *crack*. Essa nova clientela formada por “alcoolistas” e “dependentes químicos” é composta frequentemente por homens e cada vez mais, por jovens.

Nas várias instituições visitadas os administradores e dirigentes institucionais mencionaram que há uma “política pública” estadual de criação de leitos para crianças e adolescentes “dependentes químicos”, e assim, muitos dos leitos destas instituições teriam sido remanejados para esta parcela da população. Não foi possível acesso a documentos oficiais que confirmem a existência desta política, apesar dela ser constantemente mencionada em diversas mídias (como jornais de circulação municipal e estadual, noticiários de televisão, etc.). Esses novos leitos destinados ao tratamento de “dependentes químicos” adolescentes e crianças em instituições psiquiátricas já existentes na rede de saúde, foram criados e são mantidos pela Secretaria da Saúde do Estado do Paraná (SESA). O procedimento tomado por essa secretaria funciona por meio de contratos de prestação de serviços dos hospitais à SESA, tais leitos foram criados em diversos hospitais especializados em psiquiatria do estado do Paraná, principalmente, aqueles que dispõem de

Wadi. O tema dessa pesquisa foi o processo de assistência psiquiátrica no Estado do Paraná, considerando a história de sua constituição e seus desdobramentos atuais, as instituições, a legislação e as principais políticas públicas. Uma de suas etapas foi o mapeamento das instituições psiquiátricas existentes no estado e a subsequente pesquisa de campo.

atendimentos aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Nas passagens dos depoimentos que coletei é apreendido que tais vagas, custeadas pela SESA, cumprem uma função de apoio financeiro para as instituições que às dispõem, uma vez que, segundo os dirigentes e proprietários dos hospitais especializados, as diárias pagas pelo SUS são ínfimas. Por outro lado admitem que o valor da diária dos leitos destinado para os adolescentes “dependentes químicos” financiados pela secretária estadual de saúde, é significativamente maior, podendo assim, corrigir a defasagem orçamentária dessas instituições decorrente da insuficiente verba nacional destinado à assistência psiquiátrica. Segundo a fala de um depoente, seria uma forma de “*plus* orçamentário”.

De modo geral, pude observar que atualmente os “dependentes químicos” têm seu lugar devidamente delimitado nas instituições psiquiátricas: existem espaços físicos – alas, unidades, seções – e projetos terapêuticos específicos, profissionais especializados, cursos de especialização voltados ao tema e residências médicas destinadas a formação especializada no tratamento da “dependência química”. Na análise do Projeto Terapêutico Institucional referente aos anos de 2003 a 2006, do Hospital Colônia Adauto Botelho (HCAB), no item “atendimento” fica explícito a separação e diferenciação feita pelo próprio corpo institucional entre “transtornos mentais” e “dependências químicas” (PARANÁ, 2007, p.08).

A partir do exposto acima, a problemática central dessa pesquisa é definida pela análise compreensiva e explicativa acerca do preenchimento/destinação dos leitos psiquiátricos, inicialmente a “alcoolistas” e, posteriormente, a “dependentes químicos”, no Hospital Colônia Adauto Botelho. Observa-se que o hospital era outrora ocupado majoritariamente por doentes classificados com “transtornos mentais e comportamentais” não vinculados ao consumo das chamadas “drogas de abuso”, sendo possível falar de uma reconfiguração dos mecanismos disciplinares nesse espaço asilar vinculada ao ingresso dos quadros psiquiátricos referidos a “dependentes químicos”.

Para realizar uma reconstituição histórica sobre assistência aos “dependentes químicos” nessa instituição – o HCAB – e complexificar as entradas analíticas na problemática sociológica, suscitei tais questionamentos: sabendo da diferenciação das classificações de “alcoolicismo” e “toxicomanias”, concebidas em um quadro de diagnósticos produzido no HCAB/PR em 1955, época na qual já se registrava internamentos sob a primeira categoria⁶, em qual época a

⁶ (PARANÁ-HCAB, 1955, f. 40).

instituição recebeu o primeiro “toxicômano”, ou mesmo “dependente químico”? Existem espaços físicos delimitados na instituição para o internamento desses sujeitos? Houve aumento da taxa de internamentos de tais diagnósticos – que compõe a toxicomania, ou mesmo a dependência química – ao longo do período estudado? Havendo tal aumento, quais elementos caracterizam essa mudança do perfil da população dos hospitais psiquiátricos? Quais elementos caracterizam o diagnóstico “dependência química” nos diferentes momentos que abrange a pesquisa? Qual é a sua relação com as prerrogativas das políticas públicas de saúde mental?

Nesse sentido, o objetivo geral desse estudo é evidenciar a dinâmica de reconfiguração dos mecanismos disciplinares no Hospital Colônia Adauto Botelho, por meio da comparação entre o número de internamentos de “alcoolistas” e de “dependentes químicos”, analisando as categorias de diagnóstico atribuídas a esses sujeitos como sendo um fenômeno inerente a uma biopolítica das populações.

Como objetivos específicos: a) contabilizar o número de internamentos no período de 1983 a 2012 relativos aos sujeitos diagnosticados com “transtornos mentais” em geral e àqueles relativos ao “alcoolismo” e à “dependência química”, explicitando as mudanças referentes ao perfil da população do hospital (ao longo do recorte temporal indicado); e b), analisar as classificações diagnósticas provenientes do campo do saber psiquiátrico em cotejamento com determinado conjunto de legislações evidenciando como esses são elementos constitutivos de um dispositivo de controle da “dependência química”.

Será analisado o debate que torna possível a constituição do termo de amplo escopo “dependência química”, onde se incluem diferentes usuários de variadas substâncias (isto é, tanto o usuário de maconha quanto o de *crack* e o de álcool), justificada principalmente pela ideia do “escalonamento das drogas”, bem como do “agravamento progressivo” do seu uso.

Apoiando-se, em suma, em referenciais teóricos de cunho foucaultiano é possível afirmar que o Estado moderno pôs em prática dois mecanismos de poder: a anátomo-política do corpo individual – com as técnicas de intervenção disciplinar – e a biopolítica da população enquanto espécie humana, os quais exercem a formatação e o controle dos sujeitos e, logo, da própria sociedade.

Por um lado, as estratégias biopolíticas enquanto intervenção regulamentadora sobre a vida das populações possibilita a construção de um campo de conhecimento médico-psiquiátrico que faz uso das

estatísticas para construir uma classificação comum, a partir da qual o saber médico define taxas de normalidades e assim, estabelece diferenças entre o normal e o patológico, com o objetivo de, sobretudo, aproximar os desvios do modelo ideal de normalidade.

Desse modo, almejou-se explicar como esses saberes instituíram formas de exercer o governo sobre os vivos para compreender como as instituições, saberes e práticas configuram determinados momentos históricos, analisando as práticas discursivas e extra discursivas que possibilitam sua emergência.

Por outro lado, os mecanismos de poder disciplinar têm por função primeira internalizar a norma nos indivíduos, por meio de mecanismos de adestramento do corpo individual como, por exemplo, as instituições de isolamento, nesse caso específico, o asilo psiquiátrico.

O fenômeno contemporâneo de controle do uso de “drogas” é perpassado por esses dois mecanismos de poder referenciados. O controle preventivo ao uso abusivo de substâncias psicoativas mediante campanhas de prevenção e informação do risco, bem como de uma variedade de discursos médicos e legislativos sobre o tema demarcam as estratégias biopolíticas sobre a “dependência química”, na medida em que a intervenção sobre os corpos percorrem o corpo social, antes mesmo do internamento psiquiátrico. Ao passo que, nos casos em que o intuito regulamentador das estratégias biopolíticas, baseados em dispositivos de segurança de livre circulação, não se apresentarem funcionais, cabe ainda ao poder disciplinar a intervenção no corpo individual daqueles sujeitos que não se ajustaram à normalidade, encerrando e estabelecendo fronteiras no interior da instituição de isolamento.

Entende-se assim, que em muitos casos os mecanismos de disciplina e de segurança são correlativos, e é nesse imbricamento que se demarca a constituição de uma problemática de pesquisa sociológica que aqui se apresenta, isto é, o controle do uso das drogas na sociedade contemporânea enquanto relação social derivada de estratégias biopolíticas, implicando uma reconfiguração dos mecanismos disciplinares no espaço do hospital psiquiátrico.

Os estudos que se configuram no campo da história da loucura e da psiquiatria consolidado nas últimas décadas, atentaram-se em geral para questionamentos sobre a constituição histórica da loucura e da psiquiatria em tempos e espaços distintos, bem como, de determinadas instituições especializadas em psiquiatria e as relações entre o saber médico e o Estado (incluindo as políticas públicas direcionadas a esse setor). Esse campo da historiografia objetiva a compreensão sobre quem

foram os sujeitos ditos “loucos”, os interesses e configurações que possibilitaram a construção de instituições psiquiátricas, suas normativas e sustentação do controle da loucura, as práticas estabelecidas e a constituição de uma rede de representações e discursos em torno dessa experiência que se apresenta na ambivalência dos conceitos de normalidade e patologia. Revisões teórico-bibliográficas permitem observar estudos que tangem: a constituição da ciência psiquiátrica e suas instituições de assistência, preferencialmente os hospitais psiquiátricos⁷; o movimento de construção de hospitais do tipo “colônia”⁸; histórico dos movimentos conhecidos como “Reforma Sanitária” e “Reforma Psiquiátrica”⁹.

Em suma, encontramos diversos estudos clássicos que tratam especificamente da “institucionalização da loucura” – isto é, a construção de espaços de exclusão destinados à sujeitos tidos como “loucos” – bem como, posteriormente, uma gama de investigações que se focam nos processos de “desinstitucionalização” da loucura, pautados, sobretudo, no movimento conhecido como “Reforma Psiquiátrica”. Entretanto, em tais produções não está contemplada uma discussão mais detalhada sobre o espaço ocupado nessas instituições por “dependentes químicos”. Ainda que haja uma ampla discussão sobre a constituição do “alcoolismo” como uma “doença social” e reiteradas demonstrações de como esta, desde as primeiras experiências manicomial, teve seu lugar demarcado nos espaços pretensamente terapêutico do hospital psiquiátrico¹⁰.

A “questão das drogas” é considerada uma temática relativamente recente nos estudos produzidos no campo das Ciências Sociais.¹¹ Segundo MacRae (1997), o uso da expressão “questão das

⁷ Foucault (1979; 1989; 1999b; 2001; 2006); Costa (1981); Machado et. al. (1978); Cunha (1986); Engel (2001); Wadi (2002); Pessotti (2001); Teixeira (1992); Caponi (2012); Ouyama (2006); Campos (2004); Araújo (2011);

⁸ Amarante (1982); Borges (2009; 2010; 2012); Venâncio (2011); Venâncio e Cassilia (2010), Wadi (2009; 2012)

⁹ Amarante (1994; 1995; 2001; 2011); Lougon (2006); Tenório (2002); Tundis e Costa (1987); Wadi (2009).

¹⁰ Cf. Arantes (2008b), Engel (2003), Santos e Verani (2010).

¹¹ Indico alguns autores clássicos nessa temática, tais como: Gilberto Velho, Alba Zaluar, Henrique Carneiro, Antonio Escotado, Gey Espinheira, Edward McRae, Julio Simões, Sérgio Alarcon, entre outros. Destaca-se ainda as consultas feitas em sítios eletrônicos do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID) e do Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos (NEIP).

drogas” é mais apropriado quando se trata das discussões a respeito do uso de substâncias psicoativas, devido, principalmente, às dificuldades de entendermos os significados dos diversos usos que se fazem das “drogas” e a ação dessas, bem como de avaliar seus efeitos sociais e de conceber uma maneira de lidar com esses. Fiore (2006) também traz em seu trabalho o termo “drogas” entre aspas devido ao fato de um dos seus intentos de pesquisa ser, justamente, a problematização do significado do termo. De todo modo, os autores sinalizam que os termos destacados designam, no sentido mais comum, somente as substâncias psicoativas ilegais, ou mesmo ilícitas. Nesse sentido, compartilho do entendimento dos autores que, em suma, apontam para certas controvérsias em relação às significações reais do fenômeno analisado e por isso, os destaques feitos também no decorrer deste trabalho.

A novidade relativa da área de investigação é, em grande medida, corolário da preocupação recente do Estado brasileiro com o controle do uso e comércio de “drogas”, que se inicia no princípio do século XX. É possível confirmar tal assertiva quando se lança um olhar à produção acadêmica de teses e dissertações cuja temática principal é as “drogas” e seus correlatos. Em pesquisa recente¹² analisei trabalhos produzidos entre os anos de 2000 e 2011 nos Programas de Pós-Graduação (PPGs) em Sociologia/Ciências Sociais, reconhecidos e recomendados pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), com o intuito de mapear a produção sociológica brasileira contemporânea sobre o tema das “drogas”, objetivando identificar os trabalhos que se voltam, especificamente, à problemática dos tratamentos terapêuticos da chamada “dependência química”.

A maioria dos trabalhos analisados explora, de maneira geral, discussões que podem ser enquadradas no eixo da criminalização, isto é, sobre a relação das drogas (uso, venda, etc.) com o crime, o tráfico, a violência, etc.¹³ Em segundo lugar foram identificados trabalhos que

¹² Atividade realizada durante o projeto de pesquisa vinculado ao Programa de Iniciação Científica/CNPq, intitulado “As drogas como temática dos estudos sociológicos no Brasil: levantamento e análise das tendências históricas na produção de teses e dissertações”. Desenvolvido entre os anos de 2010 e 2011, sob orientação da professora Dra. Yonissa Marmitt Wadi. Identifiquei primeiramente, 26 títulos correspondentes à temática proposta, porém, somente 18 deles dispunham os trabalhos completos na internet, conseqüentemente escolhidos para a análise.

¹³ cf.: ALMENDRA, 2007; FONSECA, 2009; RESENDE, 2009; CYPRESTE, 2010; SOUZA, 2010; GRILLO, 2008; BIELLA, 2007.

estudam os usos rituais tradicionais e “religiosos” de substâncias psicoativas¹⁴. Na mesma proporção se apresentam trabalhos que tem como objeto de pesquisa as práticas e representações acerca do uso de “drogas” em determinados grupos sociais, não necessariamente aqueles considerados “dependentes químicos” os quais necessitariam de internamento psiquiátrico, mas também sujeitos denominados de consumidores habituais e/ou recreativos.¹⁵ Por fim, a minoria dos trabalhos, ainda que contemplem discussões voltadas às representações e concepções sociais a respeito do uso de “drogas”, centram suas análises em aspectos médicos-terapêuticos.¹⁶ Dentre tais trabalhos, que abordam as “drogas” em seus termos médicos e das representações em torno de conceitos como saúde-doença ou da medicalização, apenas um deles discute, especificamente, a questão do tratamento da “dependência química” em instituições fechadas.¹⁷ (CASAGRANDE, 2011)

Para Fiore (2006) o uso de “drogas” tornou-se um problema social recente, mesmo que o consumo de substâncias psicoativas de modo sistemático seja milenar. Entretanto, é no mundo contemporâneo, mais especificamente a partir do último quarto do século XIX, que essa questão se instaura enquanto um problema social na maior parte dos países ocidentais.

Nesse contexto, diversos agentes e saberes produziram um conjunto extenso de discursos sobre a “questão das drogas”, institucionalmente conformada em três eixos principais; a medicalização, a criminalização e a moralização.

Embora se saiba que é no intercâmbio dessa tríade que o fenômeno se constitui, a problemática da presente pesquisa demandava, especialmente, o mapeamento da produção circunscrita ao eixo da medicalização, almejando conhecer principalmente os trabalhos que

¹⁴ Como por exemplo, estudos sobre o “Santo Daime” e a “União do Vegetal” que utilizam a bebida com propriedades psicoativas conhecidas como “ayahuasca” em seus rituais. cf.: RICCIARDI, 2008; SOUZA, 2010; BERCÊ, 2007; OLIVEIRA, 2008.

¹⁵ Os quais analisam aspectos como, noções de pessoa, corporalidade, significados sociais da droga em produção midiática, identidade, sociabilidade, padrões de consumo, *ethos* dos grupos sociais, *performace* de gênero, etc. Os trabalhos que se localizam nesse eixo são: VALENÇA, 2005; FERNANDEZ, 2007; VALENÇA, 2010; DESIDÉRIO, 2004.

¹⁶ cf.: ARAUJO, 2008; MOTA, 2008; MONTEIRO, 2011.

¹⁷ Um estudo comparativo entre uma comunidade terapêutica religiosa, uma clínica particular de recuperação e um hospital psiquiátrico. cf.: MONTEIRO, 2011.

versassem sobre os diagnósticos e as formas de tratamento médico à “dependência química”. Contudo, como vimos, a produção sociológica brasileira pesquisada sobre a interface “drogas” e “medicalização”/“saúde” se evidenciou inferior a despeito daquela voltada à relação entre “drogas” e a “criminalização” – sobretudo, relativo ao tráfico e à violência.

Pode-se dizer que esta é uma tendência que foi tradicionalmente construída dentro dos limites das Ciências Sociais, o que é para Eduardo Vargas, segundo Fiore (2006, p. 37), “uma espécie de divisão do trabalho intelectual, uma forma de repartição que confere às ciências sociais o estudo do tráfico e seu impacto na vida social e, às ciências da saúde, os assuntos referentes ao consumo de ‘drogas’ em si”, que hoje começa a se desfazer. Neste sentido, Fiore (2006, p.34) aponta que “a organização e a orientação do tratamento ao dependente e as disputas que envolvem a medicina, as instituições religiosas, as políticas etc., tema bastante amplo, mereceriam trabalhos específicos”.

Semelhantemente a separação feita por Fiore (2006), dos três eixos em que a “dependência química” está conformada, Mota (2008) afirma que esse fenômeno está cercado por três grandes representações: é vista como “pecado”, geralmente por correntes religiosas; como “crime”, decorrente das medidas legais de repressão do uso e da venda das “drogas”; e como “doença”, que resulta da compreensão do aparato médico. Para esse mesmo autor, as fronteiras entre tais representações não são fixas, no entanto, há o predomínio do modelo da “dependência química” como doença. Tal concepção implica na elaboração de políticas públicas de saúde que possam oferecer tratamento médico e psicológico, ao invés do encarceramento ou conversão religiosa. Assim,

Na medida em que um comportamento desviante é codificado como uma “doença”, então o problema sai da alçada da moralidade para adentrar ao mundo dos “especialistas” em saúde mental. Isto implica também em formular políticas que tenham como objetivo lidar com essas “doenças”, através de instituições de pesquisa, clínicas e hospitais especializados. Ora, nestes termos, também dá-se início a uma série de articulações políticas sobre o montante de verbas a serem destinadas ao enfrentamento dessa questão, qual o pessoal competente a contratar, se a prioridade deve ser da iniciativa privada, da filantropia ou do Estado. (MOTA, 2008, p. 146)

As ponderações acima indicam a relevância do projeto de pesquisa proposto, na medida em que é afirmado que apesar do fenômeno mundial das “drogas” ser constituído como um problema de saúde pública, “o debate [e nas Ciências Sociais não parece ser diferente] segue centrado nas dimensões da Segurança Pública e da Justiça – no Brasil e no resto do mundo” (BASTOS *apud* DOMINGUEZ, 2011, p. 14). Desse modo, fica patente o desafio posto às Ciências Sociais na investigação deste novo e profícuo campo de estudos – usualmente explorado sob a ótica das ciências médicas – relacionado à “questão das drogas”, qual seja, a da medicalização e das instituições, das representações médicas, além dos arranjos terapêuticos destinados ao que se denomina uso abusivo de substâncias psicoativas, isto é, o “álcool e outras drogas”.

Pode-se apreender que os discursos que circunscrevem os campos da criminalidade e da moralidade foram anteriores e predominantes no decorrer da história do controle sobre o uso (e comércio) das “drogas”. Para Olmo (1990, p.33), “Os anos sessenta bem poderiam ser classificados de o período decisivo de difusão do modelo médico-sanitário e de consideração da droga como sinônimo de dependência”. É na novidade do processo de medicalização das “drogas”, especificamente dos seus usos (e abusos), que se tornam necessários novos estudos.

Por fim, o caráter descritivo dessa pesquisa fundamenta-se em dois motivos: 1) as lacunas encontradas nos estudos clássicos sobre historia da loucura e psiquiatria, pois nesses os focos das análises voltavam-se para outras questões e sujeitos, mas não especificamente à questão relativa ao internamento de “dependentes químicos” no sentido o qual foi definido nesse trabalho; e também nos estudos sobre “drogas” na área de pesquisa das Ciências Sociais, que como vimos, está amplamente atrelada à questões relativas à violência e criminalização; 2) mesmo que já houvesse estudos explorando essa mesma interface, isto é, a internação psiquiátrica em regime integral de “dependentes químicos”, sobre o lócus escolhido, o Hospital Colônia Aduato Botelho (HCAB), não fora ainda investigado, caracterizando-se assim uma análise de caso ímpar.

1. CONFLUÊNCIAS TEÓRICAS

É somente em função de um corpo de hipóteses derivado de um conjunto de pressuposições teóricas que um dado empírico qualquer pode funcionar como prova.
 Pierre Bourdieu (O poder simbólico)

1.1 O hospital psiquiátrico como espaço disciplinar e a Reforma Psiquiátrica

A psiquiatria, nascida no século XIX, gradativamente se constituiu como a enunciadora legítima da verdade sobre a “loucura”, estabelecendo etiopatologias, técnicas de controle e disciplina aplicadas em nome da cura, ou da eficácia terapêutica (FOUCAULT, 1989). Como apontou Wadi (2002), essa ciência da “psique”, historicamente demonstrou ter como um dos seus instrumentos preferenciais as

instituições tradicionais (mais conhecidas como hospícios, manicômios e/ou sanatórios), para cuidado dos chamados “loucos” ou “doentes mentais”.¹⁸

Foi a partir do século XIX que “a internação da loucura, prática antiga, tomou nova forma: o louco foi separado dos demais desajustados sociais, requerendo-se um espaço adequado para a loucura” (WADI, 2002, p. 25). O isolamento requerido nesse novo estabelecimento é visto, a partir de então, como um espaço de cura e não mais apenas como um lugar para onde se encaminhavam pessoas para “esperar pela morte”, como nos antigos hospitais-albergues (FOUCAULT, 1989). Nesse sentido, o hospital foi medicalizado, isto é, o hospital se tornou a principal instituição médica, ou mesmo, o *locus* privilegiado da medicina psiquiátrica (AMARANTE, 2011). No curso ministrado entre

¹⁸ Termos outrora utilizados para designar o que hoje se convencionou denominar: indivíduos com sofrimento psíquico e/ou transtorno mental.

os anos de 1973 e 1974 no *Collège de France* intitulado “O poder psiquiátrico”, num de seus argumentos que remontam o momento no qual os discursos e as práticas psiquiátricas se institucionalizavam – meados do século XIX – e assim, o saber psiquiátrico requeria para si a “verdade sobre a loucura”, exercendo sua relação de poder, Michel Foucault de forma alegórica simulava a fala que possivelmente se escutaria de um psiquiatra a um paciente “louco”, dizendo assim,

[...] nossa ciência nos permite chamar de doença a tua loucura e, desde então, somos, nós médicos, qualificados para intervir e diagnosticar em ti uma loucura que te impede de ser um doente como os outros: serás, portanto, um doente mental. (FOUCAULT, 1997, p. 56)

Porém, desde cedo a crítica marcou a institucionalização da loucura, como indicam autores como Foucault (1989; 2006), Goffman (2001) e Szasz (1980). A partir das interpretações críticas aos saberes e poderes psiquiátricos eclodiram diversos questionamentos teóricos, práticos e institucionais à própria ciência psiquiátrica que se constitui no decorrer do século XIX e XX.

No movimento da crítica, a assistência psiquiátrica passou por inúmeras transformações em diversos países. Tais mudanças foram incitadas, sobretudo, pelo movimento conhecido como “Reforma Psiquiátrica”. No Brasil este foi deflagrado nas décadas finais do século XX, fundamentado nos preceitos da “Luta Antimanicomial”. Um movimento que sob influência de diversas experiências¹⁹ desenvolvidas na Europa e nos Estados Unidos da América posteriormente à Segunda Guerra Mundial, previa a “desospitalização” da loucura. Em tese, esse movimento parte da crítica ao clássico paradigma psiquiátrico focado no asilamento hospitalar, isto é, ao modelo “hospitalocêntrico” de assistência às “doenças/transtornos/sofrimentos mentais/psíquicos”.

O processo da Reforma Psiquiátrica brasileira vem transformando desde então, “a relação entre a sociedade e a loucura, questionando não só as instituições e práticas psiquiátricas vigentes, mas também os conceitos e saberes que dão fundamentos e legitimidade a tais práticas” (AMARANTE, 2011, P.12). O movimento fundamenta-se, sobretudo, num ideário de democratização das relações com a loucura,

¹⁹ Como por exemplo, as Comunidades Terapêuticas, a Psicoterapia Institucional, a Psiquiatria de Setor, a Psiquiatria Preventiva, a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática. (AMARANTE, 2011)

trazendo questionamentos relativos aos fulcros dos direitos humanos, fundamentalmente os direitos de liberdade, emancipação e de autonomia dos sujeitos em sofrimento psíquico.

Nesse sentido a Reforma Psiquiátrica pode ser caracterizada por um processo complexo, composto e articulado por quatro dimensões simultaneamente articuladas e que se retroalimentam. Primeiramente está aquela que remete à noção de Reforma Psiquiátrica de conhecimento mais comum, isto é, a construção e invenção de novas estratégias e dispositivos de assistência e cuidado, o que significa dizer novos “lugares sociais para esses os sujeitos em sofrimento psíquico, como por exemplo, os centros de atenção psicossocial (CAPS), ambulatórios psiquiátricos, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, hospitais-dia, etc. Outra dimensão é considerada de ordem epistemológica, a saber, a necessária revisão e reconstrução no próprio campo teórico da ciência em si, da psiquiatria e da saúde mental. Uma terceira dimensão pode ser visualizada no campo jurídico-político, ao seja, a constituição e/ou mudança da legislação civil, penal e, sanitária considerando os conceitos de cidadania e direitos civis, sociais e humanos, em nível de uma transformação da prática social e política em relação à “loucura”. Por fim, é destacada a dimensão cultural relativa às construções de valores e princípios, ou melhor, do “imaginário social” sobre a loucura. (AMARANTE, 2001)

Wadi (2002, p. 21) afirma que uma série de autores “indicam que existe, atualmente, uma espécie de consenso em torno dos malefícios do hospital psiquiátrico, o antigo hospício” e, neste sentido, foi necessária a construção de novos “lugares sociais” para os sujeitos em sofrimento psíquico. Um processo que, no Brasil, culminou na aprovação da legislação federal de Reforma Psiquiátrica, cujo marco central é a lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001, a qual “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2004, p. 17).

Anteriormente à lei federal, o estado do Paraná já havia regulamentado o processo de Reforma Psiquiátrica com a lei n. 11. 189, promulgada em 9 de novembro de 1995, cuja disposição central diz respeito às condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cuidados com transtornos mentais. Observa-se em seu artigo 2º, a proposição sobre a possível extinção dos hospitais psiquiátricos: “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 e variados serviços assistenciais de atenção sanitária e social” (BRASIL, 2004, p. 53).²⁰

Num momento histórico em que está em andamento a chamada Reforma Psiquiátrica, que preconiza por meio da legislação estadual (n. 11. 189/1995) e federal (n. 10.216/2001), a redução de leitos em instituições especializadas em psiquiatria e a criação de outras formas – ditas alternativas – de atenção e assistência às pessoas com sofrimento psíquico – como centros ou núcleos de atenção psicossocial, centros de convivência, hospitais-dia, leitos em hospitais gerais, residências terapêuticas –, assistimos no estado do Paraná a uma situação paradoxal: por um lado, a redução de leitos destinados especificamente à pessoas com transtornos mentais (esquizofrenia, transtorno bipolar, depressão, etc.), mas não a redução efetiva dos leitos em tais instituições, pois os leitos desocupados por aqueles acima mencionados, passam a ser ocupados por pessoas com “dependência química” (álcool e outras drogas). Em muitas instituições novas alas/unidades/secções são criadas para “dependentes químicos”, outras são readaptadas, e ainda, em algumas delas, criam-se espaços de internamento que se destinam especificamente a adolescentes e crianças. Neste sentido, grande parte das instituições especializadas em psiquiatria manteve o mesmo número de leitos existentes antes de iniciar-se o processo de reforma ou uma parcela significativa destes, e o hospital psiquiátrico parece manter-se como o lugar por excelência para a assistência de certos “desajustados sociais” ou “marginais” (FARGE, 1993).

Por outro lado, o documento “A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas”, elaborado em 2003 pelo Ministério da Saúde, admite que na ausência de propostas concretas e do estabelecimento de uma explícita política de saúde voltada para este segmento (da dependência química), as alternativas preponderantes de atenção são “de caráter total, fechado e tendo como único objetivo a ser alcançado a abstinência” (BRASIL, 2004, p. 5), ou seja, internamentos em regime integral em hospitais psiquiátricos, em clínicas de recuperação particulares ou nas chamadas “comunidades

²⁰ Tais serviços sugeridos pela lei são: ambulatorios, 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.

terapêuticas”.²¹ Porém, essa política preconiza que a oferta de cuidados à dependentes químicos deve estar baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada – como os CAPSad²² –, seguindo ainda a lógica ampliada de redução de danos e que estejam de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Contudo, a atual situação do estado do Paraná, no que tange à assistência aos “dependentes químicos”, parece não estar ainda articulada aos novos preceitos preconizados pela política do Ministério da Saúde, nem mesmo pela própria legislação da Reforma Psiquiátrica; ao contrário, corroboram antigas práticas de isolamento e abstinência, próprios de regimes disciplinares que, de certo modo, são alvos de críticas nesse encaminhamento político contemporâneo da assistência psiquiátrica.

Segundo dados atualizados em 2010 pelo Conselho Regional de Psiquiatria, o estado do Paraná contava com apenas 23 CAPSad,²³ o que limita a garantia do acesso universal da população à tais serviços alternativos ao hospital de internamento integral. Distante ainda dos ideais preconizados pela política do Ministério da Saúde, visualiza-se nesse mesmo estado da Federação a criação de novos leitos em instituições psiquiátricas destinados ao tratamento de adolescentes e crianças “dependentes químicos”, financiados pela Secretaria da Saúde do Estado do Paraná (SESA).

Esse afastamento das premissas fundamentadas praticado pela política pública é também corroborado pela análise dos dados extraídos das principais fontes do presente estudo, os livros de registros de um dos hospitais psiquiátricos do Paraná – o HCAB/PR. Como será visto no

²¹ Essas, geralmente conhecidas como “fazendas” ou “fazendinhas” de tratamento de dependência a álcool e drogas, frequentemente de natureza religiosa, que segundo Amarante (2011, p. 43) se denominam “de forma oportunistas e fraudulenta” comunidades terapêuticas, não tem nenhuma relação com aquelas estratégias do período pós-guerra propostas por Maxwell Jones, de “Comunidades Terapêuticas” que preconizavam a qualificação da própria psiquiatria, a partir da introdução de mudanças no hospital psiquiátrico. Estas foram consideradas como uma dentre as diversas estratégias das Reformas Psiquiátricas.

²² Centros de Atenção Psicossocial destinado ao tratamento de usuários de álcool e drogas.

²³ Localizados nas cidades de Apucarana, Araucária, Campo Largo, Colombo, Curitiba (6), Foz do Iguaçu, Guarapuava, Londrina, Maringá, Paranavaí, Pinhais, Piraquara, Ponta Grossa, Rolândia, São José dos Pinhais, Toledo e Umarama. (C. R Psicologia, 2010, p. 24).

desenvolvimento dessa pesquisa, ao longo dos dez anos de vigor da lei de Reforma Psiquiátrica, os ditos “dependentes de álcool e outras drogas” parecem ter sido a população majoritária da instituição de tratamento psiquiátrico de caráter fechado, pautado pela terapêutica do isolamento e da abstinência. Em suma, contrário ao que se vê preconizado pelas políticas públicas que endossam mecanismos de assistência psiquiátrica extra-hospitalar e de redução de danos.

Não obstante, os hospitais psiquiátricos do estado do Paraná, bem como de outros lugares do Brasil, a despeito das inúmeras críticas ao modelo hospitalocêntrico de assistência psiquiátrica e das diversas adequações previstas na legislação de Reforma Psiquiátrica mantém atualmente, em pleno funcionamento, grande parcela dos seus leitos para internamento em regime integral (WADI, 2009; 2012). Desse modo, é eminente o risco de que o hospital psiquiátrico, mais ou menos modernizado conforme as exigências da legislação em saúde mental, “continue a desenvolver seu papel ‘insubstituível’ de salvaguarda para o controle da ‘periculosidade’ e da ‘cronicidade’ psiquiátrica” (VENTURINI, 1995, p. 14 *apud* WADI, 2009, p.77). Nesse sentido, Russo (1993, p. 9-10) atesta que “com o tempo a psiquiatria se sofisticou. Apenas seu principal instrumento terapêutico – o manicômio – parece resistir a qualquer processo de sofisticação”.

Considerando a conjuntura delineada sobre o modelo hospitalocêntrico de assistência psiquiátrica aos “dependentes químicos” no estado do Paraná, o interesse de pesquisa emergiu a partir de indícios empíricos de que estas instituições caracterizam-se historicamente por um contínuo processo de reconfiguração, sinalizando assim um possível significado da atual permanência dos hospitais psiquiátricos. Isto porque se identifica no decorrer da história diferentes formas de ocupação das instituições disciplinares por contingentes populacionais, cuja identificação se faz a partir de classificações diagnósticas (“doenças”) igualmente diversificadas. Isso reforça o argumento de que tal movimento resulta, conseqüentemente, na formação de estratégias discursivas que incidem na legitimação do saber/poder médico da suposta necessidade dessas instituições no que tange à garantia de regulação das relações sociais.

Uma premissa ponderada a partir da assertiva expressa por Foucault (1989) de que a “loucura”, e os “loucos”, ocuparam no espaço e no imaginário social um lugar outrora ocupado pela “lepra” e pelos “leprosos”, e as instituições destinadas a estes foram gradativamente ocupadas por aqueles. Isto é,

Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais, os jogos da exclusão serão retomados, séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e “cabeças alienadas” assumiram o papel abandonado pelo lazarento – leproso –, e veremos que a salvação se espera dessa exclusão, para eles e para aqueles que os excluem. (FOUCAULT, 1989, p. 06)

O poder disciplinar foi estudado por Michel Foucault em sua obra “Vigiar e Punir”, publicada no ano de 1975, simultaneamente ao curso por ele ministrado no *Collège de France* intitulado “O poder psiquiátrico”. Em linhas gerais, pode-se afirmar que em ambos os trabalhos o autor dedicou-se à análise dos mecanismos disciplinares, respectivamente, nas prisões e nos hospitais psiquiátricos. Nesse sentido, os mecanismos disciplinares podem ser entendidos como aqueles que atuam por meio da privação de liberdade dos sujeitos institucionalizados, geralmente no interior de uma estrutura física destinada a esses – hospitais, prisões, escolas, exército – para realizar-se a partir disso, um processo de adestramento – anátomo-política do corpo – daqueles que, por variados motivos, encontram-se submetidos ao poder disciplinar. Essa modalidade é compreendida pelo autor como uma primeira etapa – ou fase de acomodação – entre o antigo regime de soberania e as contemporâneas estratégias biopolíticas. Nesse sentido, as “disciplinas” são definidas pelos “métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade”. (FOUCAULT, 2008b, p. 118) Assim, compreende-se o hospital psiquiátrico no qual foi realizada a presente pesquisa como uma modalidade de mecanismo disciplinar.

A disciplina, segundo Foucault (2008, p. 75) dentre várias operações também “estabelece procedimentos de adestramento progressivo e de controle permanente e a partir daí estabelece a demarcação entre os que serão considerados inaptos, incapazes e outros”. Assinalando fronteiras entre indivíduos de uma dada população, analisados pelo autor, a partir do binômio normal/anormal, ou mesmo normal/patológico.

Ao refletir sobre as características do biopoder, uma modalidade de poder que emerge na modernidade – caracterizado em duas etapas, tanto pelos mecanismos disciplinares quanto pelos mecanismos de

segurança –, o autor evidencia a crescente importância da noção de “norma” em relação à “lei”, demonstrando como este atual instrumento de regulação das populações põe em funcionamento um conjunto de relações sociais específicas. Nesse sentido, aponta que,

Se é certo que os juristas dos séculos XVII e XVIII inventaram um sistema social que deveria ser dirigido por um sistema de leis codificadas, pode-se afirmar que, no século XX, os médicos estão inventando um sociedade não da lei, mas da norma. O que rege a sociedade não são os códigos, mas a perpétua distinção entre o normal e o anormal, o perpétuo empreendimento de restituir o sistema de normalidade. (FOUCAULT, 2010, p. 181)

Desse modo, a operação da chamada “normalização disciplinar”,

[...] consiste em primeiro colocar um modelo, um modelo ótimo que é construído em função de certo resultado, e a operação da normalização disciplinar consiste em procurar tornar as pessoas, os gestos, os atos conforme a esse modelo, sendo normal precisamente quem é capaz de se conformar a essa norma e o anormal quem não é capaz. (FOUCAULT, 2008, p. 75)

Para caracterizar minha problemática de pesquisa sugeri um questionamento principal que serviu como ponto de partida para a organização do raciocínio desse estudo, ou seja: será a “dependência química”, na contemporaneidade, a nova “doença social”, que ocupará (literal e metaforicamente) o lugar da loucura? Caracterizando assim um novo ciclo de substituição, agora da “loucura” pela “dependência química”, engendrado também uma nova reconfiguração do espaço da exclusão assistencial psiquiátrica? Será que a hospitalização progressiva de “dependentes químicos” nos hospitais psiquiátricos deve-se, paralelamente ou especialmente ao espaço potencialmente obsoleto deixado pela diminuição dos internamentos de transtornos mentais?

1.2 A medicalização dos comportamentos como estratégia biopolítica

Conforme aponta Castiel (2013, p.8) o vocábulo “medicalização”, ainda que não constatado nos dicionários da língua portuguesa, é frequentemente utilizado na literatura científica “para se referir, grosso modo, à intervenção da medicina no tratamento de questões sociais”, isto é, “o processo pelo qual problemas não médicos se tornam definidos e tratados como problemas médicos, geralmente em termos de doenças ou transtornos”. Nesse sentido, a medicalização “constitui-se numa estratégia de atribuição de sentidos que modela práticas sociais, profissionais e formas de consciência e conduta” (CASTIEL, 2013, p.8). Ainda é possível observar que,

A partir do momento em que se associa o conceito de saúde ao de normalidade, entendida como frequência estatística, toda e qualquer anomalia ficará inevitavelmente associada à patologia. Sendo assim, qualquer variação do tipo específico – esta é a definição que Canguilhem dá de anomalia – será considerada como uma variação biológica de valor negativo e, consequentemente, como algo que deve sofrer uma intervenção curativo-terapêutica. (CAPONI, 2009, p.535)

Caponi (2009) denomina esse acontecimento como uma “nova configuração epistemológica”, a qual permite a constituição de uma “psiquiatria ampliada” que se refere tanto aos transtornos e distúrbios de ordem mental – mais conhecido como doenças ou alienação mental –, como à uma variedade de condutas cotidianas. A autora afirma ainda, que “nos últimos trinta anos, reforçou-se uma tendência das sociedades modernas a pensar todos os seus conflitos e dificuldades em termos médicos, mais precisamente psiquiátricos” (CAPONI, 2012, p.15). Desse modo,

Assistimos, assim, à crescente consolidação desse espaço de saber e de intervenção que Foucault (1999) denominou ‘medicina do não patológico’. Atualmente, existe uma imensa literatura dedicada a estudar os limites e as dificuldades dessa proliferação de diagnósticos que redefine quase todos os nossos sofrimentos e condutas em termos médicos. (CAPONI, 2012, p. 19)

Ao refletir sobre a “crise da medicina”, Foucault (2010) identifica como uma de suas características aquilo que define por “medicalização indefinida”. Segundo esta lógica de argumentação, ao ocupar-se de questões que vão além da doença e da condição do doente, a medicina dos últimos decênios não demonstra mais ter um “campo exterior”, como se não houvesse coisas “não-medicais” e não “medicalizáveis” no universo social. Isto é, práticas sociais sem o controle e codificação médica. Corroborando assim, a assertiva de que atualmente a medicina exerce um “poder autoritário com funções normalizadoras” que ultrapassa a equação doença e demanda do doente. Nesse sentido, “[...] a medicina que se dedica a outros campos que não as doenças e segundo um sistema de relações que não é dirigido pela demanda do doente é um velho fenômeno que faz parte das características fundamentais da medicina moderna” (FOUCAULT, 2010, p. 183).

Ainda que a definição de “medicalização” indique uma reflexão para além do reducionismo interpretativo deste fenômeno ser tão somente uma consequência das ações de prescrição e ingestão de medicamentos, deve-se considerar que ela incide, sobretudo, em explicações ou justificativas de ordem médicas – ou mesmo, biomédicas – para eventos de ordem sócio-cultural. No entanto, o consumo de substâncias ditas “medicamentos” é um aspecto de importância central no campo de estudos sobre os processos de medicalização, e nessa pesquisa também mostra-se relevante.

Castiel (2013) é consensual sobre o fato do fenômeno da medicalização estar associado à disseminação do uso de medicamentos como principal estratégia para o tratamento de doenças e prevenção de riscos. De modo que uma grande parte desse processo medicalizador atenda aos interesses da indústria farmacêutica. Para o autor, “segundo a lógica biomédica, os medicamentos ‘consertam’ ou ‘minimizam’ as falhas nas ‘peças’ da máquina humana, fazendo com que ela volte a funcionar satisfatoriamente” (CASTIEL, 2013, p. 9). Assim como afirma Caponi (2013) tais medicamentos são vendidos e promovidos como “balas mágicas” que trazem em si, a promessa de solução para todos os problemas.

Na esteira dessa reflexão, são observados argumentos como,

A lista de diagnósticos de problemas mentais vem aumentando desde 1980 de maneira alarmante. A cada novo DSM [assim como o CID] é cada vez maior o número de patologias, de diagnósticos

que aparecem. São muitas vezes problemas sociais pensados nessa perspectiva biológica. [...] É claro que existem pessoas que sofrem com essas doenças e que precisam de medicamentos. Só que se banalizaram os diagnósticos, porque aparecem na mídia como se fosse um creme para as rugas, como se todos tivessem que consumir esses medicamentos. O que não quero de forma alguma é negar que exista sofrimento ou que existam pessoas que padecem dessas patologias. [...] O que existe é um abuso, um excesso de diagnósticos para problemas que não constituem patologias. (CAPONI, 2013b, p.p.26-27)

O debate em torno dos processos de medicalização esta imbricado com o conceito de biopolítica. Esse tem para Foucault (1999b) uma intrínseca relação com a crítica ao neoliberalismo, problemática do risco, dispositivos de segurança e o conceito de racismo. O biopoder – modalidade de poder correlativa à biopolítica – segundo Foucault (1988, p. 132), “foi o elemento indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, que só pôde ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de reprodução e por meio de ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos”. Para definir a biopolítica, uma estratégia de governo da vida e dos fenômenos biológicos, o autor argumenta que,

Pela primeira vez na história, sem dúvida, o biológico reflete-se no político; o fato de viver não é mais esse sustentáculo inacessível que só emerge de tempos em tempos, no acaso da morte e se sua fatalidade: cai, em parte, no campo de controle do saber e de intervenção do poder. (FOUCAULT, 1988, p.134)

Em estudo que se propõe a uma análise atualizada de tais pressupostos teóricos, é afirmado que,

[...] hoje se faz necessário pensar de que modo as estratégias biopolíticas em contextos mais amplos que excedem e integram o clássico problema do racismo. [...] seria possível pensar a atual expansão de diagnósticos psiquiátricos referidos a comportamentos cotidianos, como sendo uma

estratégia biopolítica hoje hegemônica e quase universalmente aceita? (CAPONI, 2013b, p.104)

Embora Foucault demarque diferenças, inclusive temporais, entre os mecanismos de disciplina, ou a anatomo-política do corpo individual – classificando-os como um primeiro processo de acomodação entre o poder soberano e o biopoder – e dos mecanismos de segurança, governo das populações ou do corpo-espécie – elementos típicos das estratégias biopolíticas –, no decorrer de sua obra pode-se identificar pontos de convergência entre essas duas dimensões. Nesse sentido,

Trata-se, pois, de duas estratégias de poder que se sucedem: a primeira individualizante, a segunda massificadora, a primeira referida ao homem enquanto possuidor de um corpo, a segunda referida ao homem enquanto faz parte de uma espécie biológica, a espécie homem. (CAPONI, 2013b, p.106)

O controle das populações correlativo às estratégias biopolíticas acompanham toda uma problemática do risco e da segurança. Ou seja, frente à determinadas possibilidades de riscos, consagrados socialmente, aos fenômenos vitais de uma população é posto em práticas uma série de intervenções do biopoder, ou mesmo, mecanismos de segurança. Para Caponi (2013, p.107), “o objetivo da biopolítica será instalar para cada risco ou perigo que possa vir ocorrer, mecanismos de segurança que têm certas semelhanças e certas diferenças com os mecanismos disciplinares. Ambos propõem-se a aumentar e maximizar a força de trabalho [...]”.

No caso do fenômeno observado especificamente nesse estudo, interpreto como estratégias biopolíticas a reconfiguração no campo do saber que possibilitou: a) a criação de novas categorias diagnósticas que caracterizam e especificam cada vez mais o termo de alto escopo “dependência química” por manuais de classificação internacional de doenças; b) legislações que abrangem ao mesmo tempo questões criminais e medicalizadoras; c) campanhas estatais e midiáticas de combate ao consumo de “drogas”.

Por outro lado, observo as interações psiquiátricas do “dependente químico”, como uma reconfiguração dos mecanismos disciplinares, no caso, um hospital psiquiátrico.

Considerando que a construção do saber está imbricada com as relações de poder, entende-se que não há mudanças no saber – deslocamentos epistemológicos – sem reajustes institucionais profundos no campo do poder. Nesse sentido,

A sociedade da normalização não é, pois, nessas condições, uma espécie de sociedade disciplinar generalizada cujas instituições disciplinares teriam se alastrado e finalmente recoberto todo o espaço – essa não é, acho eu, senão uma primeira interpretação, e insuficiente, da ideia de sociedade de normalização. A sociedade de normalização é uma sociedade em que se cruzam conforme uma articulação ortogonal, a norma da disciplina e a norma da regulamentação. Dizer que o poder, no século XIX, incubiu-se da vida, é dizer que ele conseguiu cobrir toda a superfície que se estende do orgânico ao biológico, do corpo à população, mediante o jogo duplo das tecnologias de disciplina, de uma parte, e das tecnologias de regulamentação, de outra. (FOUCAULT, 1999b, p. 302)

1.2.1 As Classificações Internacionais de Doenças

As chamadas Classificações Internacionais de Doenças (CID) resultam de um processo de criação antigo e complexo, do qual se apresenta uma síntese voltada especificamente às categorias de interesse da presente pesquisa, isto é, transtornos mentais devido às dependências químicas. Diversas foram os debates precedentes à primeira classificação de causas de morte. Primeiramente em 1853 foi realizado em Bruxelas o 1º Congresso Internacional de Estatísticas. Já o 2º Congresso Internacional de Estatísticas ocorreu em 1855 em Paris. E, no ano de 1891 é criado um comitê presidido por Jacques Bertillon com o objetivo de elaboração de uma classificação de causas de morte que pudessem ter uso difundido – e padronizado – mundialmente. A chamada “Classificação de Causas de Morte de Bertillon” foi aprovada e adotada por muitos países em 1898. Em 1900, sob responsabilidade do Instituto Internacional de Estatísticas – sucedâneo do Congresso Internacional de Estatísticas supracitado – ocorreu a primeira revisão

daquela classificação de Bertillon, sendo apresentada e adotada a 1º revisão da Classificação Internacional de Doenças (OMS, 1980).

Ainda sob Internacional de Estatísticas e com o apoio do governo francês, ocorreram a 2º revisão em 1909 e a 3º Revisão em 1920. A partir da terceira revisão de 1920 o “alcoolismo” é classificado no capítulo II do manual intitulado “Doenças geraes [*sic*] não mencionadas anteriormente”. No ano de 1929 foi realizada a 4º revisão e em 1938 a 5º revisão, ambas as reuniões ocorridas em Paris a partir de comissão formada por representante do Instituto Internacional de estatísticas e da Organização de Higiene da Liga das Nações. Nessas foi introduzida no debate a necessidade de transformar a Classificação Internacional de Causas de Morte em uma Classificação Internacional de Doenças (NOVAES, 1987; OMS, 1980). Na 5º revisão, o “alcoolismo” estava incluso no capítulo V, intitulado “envenenamentos crônicos e intoxicações”. (NOVAES, 1987, p.242). Ressalta-se que além da categoria de “alcoolismo”, o capítulo contava apenas com mais duas, a saber, “envenenamento por chumbo” e “outros envenenamentos”, não sendo identificada ainda a “toxicomania”, ou mesmo o uso de “outras drogas” além do “álcool”.

A 6º revisão realizada em Paris no ano 1948 se distingue das anteriores, iniciando assim, conforme Novaes (1997, p. 39), “um novo ciclo nas Classificações internacionais”, pois a partir desse momento responsabilidade pela revisão, publicação e divulgação passa a ser da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde da França. Outra mudança diz respeito a sua nomenclatura, sendo designada como “Classificação Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Morte”. Para além dos esforços em sistematizar as causas de morte, a sexta revisão do CID adotada mundialmente em 1950, a sexta revisão do CID agregou também doenças e estados de sofrimento. O capítulo V que na revisão anterior referia-se a “envenenamentos crônicos e intoxicações” foi redistribuído e dedicado, pela primeira vez, em uma subdivisão autônoma especificamente sobre as “perturbações mentais, psiconeuroses e modificações de personalidade”, no qual se inclui a categoria de “alcoolismo” e agora também, “outras toxicomanias” (BENEDICTO et.al., 2013).

No ano de 1955 foi realizada em Paris a conferência também para a 7º revisão das Classificações Internacionais de Doenças, liderada pela OMS. Nessa não houveram muitas alterações, especificamente para o interesse da presente pesquisa, observa-se que o nome do capítulo V sofre sutil modificação, sendo agora designado “perturbações mentais, psiconeuroses e perturbações da personalidade”, e são mantidas as

categorias de “alcoolismo” e “outras toxicomanias”. Já a 8ª revisão, realizada pela primeira vez em Genebra, no ano de 1965, o capítulo V é renomeado para “transtornos mentais” e nesse momento, observa-se a primeira aparição do conceito de “dependência”. Observa-se que o eixo do capítulo nomeado “neuroses, transtornos de personalidade e outros transtornos mentais não psicóticos” inclui tanto a categoria ainda designada “alcoolismo”, enquanto a categoria “outras toxicomanias” é modificação para “dependência de drogas” (NOVAES, 1997; BENEDICTO et.al., 2013).

A 9ª revisão ocorreu em 1975 o capítulo V continua sendo nomeado “transtornos mentais”, porém o eixo acima citado é modificado para “transtornos neuróticos, transtornos de personalidade e outros transtornos mentais não psicóticos” e dentro desse, na categoria relativa ao uso do “álcool” também é incluído o conceito de dependência sendo agora então denominada “síndrome de dependência do álcool” com ausência de subcategorias enquanto que se mantém a categoria “dependência de drogas” acrescida de subcategorias que designam, respectivamente o uso de: ópio de derivados, analgésicos sintéticos similares à morfina, barbitúricos, outros hipnóticos e sedativos, cocaína, *cannabis sativa* (maconha), outros psicoestimulantes, alucinógenos, outras e droga não especificada (OMS, 1980).

A 10ª a até hoje última revisão do CID – chamada CID-10 – foi nomeada “Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionado à Saúde”. O capítulo V houve um acréscimo de conceito, sendo agora denominado por “transtornos mentais e comportamentais”. A partir de então os “transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativas” são incluídos em um eixo próprio, dividido em dez subcategorias – dos códigos F10 ao F19 – os quais representam o uso das seguintes substâncias: álcool, opiáceos, canabíoides, sedativos e hipnóticos, cocaína, outros estimulantes, inclusive cafeína, alucinógenos, fumo, solventes voláteis e, múltiplas drogas e outras substâncias psicoativas (OMS, 1998).

A necessidade em abordar, ainda que brevemente, o histórico do processo de emergência e transformações dos saberes médicos/psiquiátricos em relação à definição de taxas estatísticas e a correlata definição de classificações diagnósticas decorreu do fato das fontes analisadas pela pesquisas – os livros de registros do HACB/PR – estarem codificadas a partir de tais normativas. Especificamente, o período abrangido por tais livros correspondem às duas últimas revisões das Classificações Internacionais de Doenças, o CID-9 e o CID-10.

Interessava ainda compreender de que modo em qual sentido esses manuais atualizam – e reapropriam – as categorias postas em evidência nessa pesquisa, isto é, aquelas relativas aos transtornos mentais que decorrem do uso de substâncias psicoativas, sejam elas o “álcool” e as ditas “outras drogas”. Entendendo assim, como:

[...] as categorias diagnósticas obedecem aos princípios gerais da hierarquização e inteligibilidade que constituem o ato de classificar. Tais princípios conformam-se a características do mundo da ciência, que são diferenciadas historicamente. Não podemos esquecer que o ato de classificar as perturbações físico-morais pela via de um conhecimento especializado como o psiquiátrico foi um evento social e intelectual diversificado no tempo e no espaço. (VENANCIO, 2010, p.329)

1.3 A política “proibicionista” de controle às “drogas”: acordos internacionais, legislações nacionais

Segundo Chagas e Ventura (2010) o estabelecimento do Sistema Internacional de Controle de Drogas se inicia com a criação da Comissão do Ópio de 1909, em Xangai na China. Já para Fiore (2006) o início de uma política internacional sobre a “questão das drogas” inicia-se, de fato, com o primeiro tratado internacional que estabeleceu o controle sobre a venda do ópio, da morfina e seus derivados, firmado em 1912 na Holanda, na Convenção de Haia, mais conhecida como Convenção do Ópio, uma derivação da Primeira Conferência Internacional do Ópio realizada em 1911 e ratificada somente no ano seguinte.

Logo após, em 1914 o presidente Hermes da Fonseca editou o decreto n. 2.861 ratificando a adesão do Brasil às medidas estabelecidas pela Convenção de Haia. Embora esse tratado tenha sido sancionado em 1912, em virtude dos desdobramentos da I Guerra Mundial, sua efetivação só foi possível em 1921. Nesse mesmo ano, sob a presidência de Epitácio Pessoa, foi formada no Brasil uma comissão de médicos, juristas e autoridades policiais que delinearão propostas de mudanças no tocante às ditas “substâncias venenosas”, entre as quais se destacavam os “entorpecentes”, conhecidos atualmente por “drogas”.

A partir disso foram promulgados dois decretos nacionais no ano de 1921. Primeiramente no mês de Julho, o de n. 4.294, se estabeleceu a punição com prisão para a venda do ópio e seus derivados, como também da cocaína e morfina. Especialmente em relação às ações de controle e disciplina social, cabe ressaltar que de acordo com essa legislação, conforme seu artigo 3º, a embriaguez “por hábito” que acarretasse atos nocivos ao sujeito ou à ordem pública passava a ser punida com internação compulsória em “estabelecimento correccional adequado”, cuja lei também discorre sobre sua criação no Distrito Federal – à época com sede no Rio de Janeiro – e que, ainda nesse momento, o documento denominou de “estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo álcool ou substancias venenosas” (BRASIL, 1921a).

Faz-se importante ressaltar que a internação hospitalar em casos de embriaguez, ou demais estados alterados de consciência devido à ingestão de substâncias psicoativas, era concebida pela legislação da época como uma “pena” legal, um castigo e não, necessariamente, um elemento terapêutico.

Passados dois meses, fora publicado então o decreto n. 14.969, mediante o qual se aprovou o regulamento para a entrada das “substâncias tóxicas” no país, penalidades impostas aos contraventores e “sanatório para toxicômanos”. Esse é o momento em que houve a primeira tipificação da figura jurídica do “toxicômano” na legislação brasileira. O capítulo II desse decreto versa especificamente dos fins, organização e funcionamento do recém criado – pelo decreto 4.294 – e agora oficialmente denominado “Sanatório para Toxicômanos”, bem como da internação e retirada dos “intoxicados” (BRASIL, 1921b). Quanto às indicações sobre os estabelecimentos de internação dos “toxicômanos”, essa lei determina no parágrafo 5º do artigo 9º que,

Emquanto o Sanatorio não tiver prédio próprio, com as necessarias installações, a internação dos intoxicados, para tratamento medico, far-se-á nas Colonias de Alienados em secções distinctas, segundo sua classificação, observadas as disposições regimentaes destes estabelecimentos, podendo ser feita tambem a internação dos voluntarios nos estabelecimentos particulares, desde que observem, quanto á fiscalização, as leis e regulamentos vigentes.[sic] (BRASIL, 1921b)

Em 1932, estreitando-se às solicitações advindas do Comitê Central Permanente do Opio da Liga das Nações, foi elaborada uma nova legislação por meio do decreto n. 20.930 que cumpria a função de fiscalizar o emprego e comércio de substâncias tóxicas entorpecentes, regular sua entrada no país e estabelecer penas, conforme descrito em seu *caput*. Essa ampliou o número de substâncias proscritas, incluindo a maconha (*cannabis indica* e *sativa*), passando a considerar o porte de qualquer uma delas crime passível de prisão, mantendo o poder da justiça de internar o toxicômano por tempo indeterminado.

Quanto aos mecanismos disciplinares de ordem médico-hospitalar, referentes ao controle dos sujeitos ditos “toxicômanos”, o artigo 44º (do capítulo IV- Da internação e interdição civil) desta lei proscreeve que “a toxicomania ou a intoxicação habitual por substâncias entorpecentes é considerada doença de notificação compulsória, feita com caráter reservado, à autoridade sanitária local” (BRASIL, 1932). Em seu artigo 45º, é verificado que “toxicômanos” e/ou “intoxicados habituais” por “entorpecentes e bebidas alcoólicas” seriam passíveis de “internação obrigatória ou facultativa por tempo determinado ou não”, e que estas, conforme seu parágrafo 6º, deveriam ocorrer “em alguns dos estabelecimentos indicados no decreto legislativo n. 4.294, de 6 de julho de 1921, ou em estabelecimento público apropriado, e, na falta, em qualquer estabelecimento hospitalar, público ou particular, submetido à fiscalização oficial” (BRASIL, 1932).

Interessa a esta investigação em particular ressaltar que o processo de internação – obrigatória ou facultativa – conforme o artigo 50 desta mesma lei – é legitimado por peritos especialistas em psiquiatria, indicando assim a conjunção entre os poderes judiciário e médico presente no controle das “drogas” e de seus consumidores.

Em 1936 foi criado o primeiro conselho nacional voltado à questão das “drogas”, nomeado Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes (CNFE), que tinha como um de seus atributos a proposição de legislação que tratasse do tema.

Por meio do decreto-lei n. 891 do ano de 1938, aprovado já sob a ditadura do Estado Novo, a CNFE elaborou uma nova legislação que embora se assemelhe em muito àquela promulgada em 1932, se apresenta mais rígida e detalhada: a saber, a Lei de Fiscalização de Entorpecentes. Essa trouxe algumas novidades, como a fixação de uma mesma pena para o porte, o uso ou a venda dos “entorpecentes”, até mesmo aqueles não proscritos totalmente devido ao seu uso medicinal, como a morfina. Essa legislação representa também a intensificação do controle da “toxicomania” e das formas de intervenção médico-estatal

sobre essa. Abrindo o terceiro capítulo, intitulado “A internação e da interdição civil”, conforme o artigo 27 a “toxicomania” ou “intoxicação habitual” é considerada uma doença de notificação compulsória à autoridade sanitária local cujo *status* seria o mesmo de doenças infecciosas. Seguidamente, o artigo 28 determina a proibição do tratamento da “toxicomania” em domicílio. A fixação que essa lei realizou sob o artigo 29 é de suma importância para uma análise sobre o internamento psiquiátrico de sujeitos identificados por esse diagnóstico, quando afirma que “toxicômanos ou intoxicados habituais, por entorpecentes, por inebriantes em geral ou bebidas alcoólicas [*sic*], são passíveis de internação obrigatória ou facultativa por tempo determinado ou não”. (BRASIL, 1938) Detalhadamente, o parágrafo primeiro do artigo supracitado indicava que,

A internação obrigatória se dará, nos casos de toxicomania por entorpecentes ou nos outros casos, quando provada a necessidade de tratamento adequado ao enfermo, ou for conveniente à ordem pública. Essa internação se verificará mediante representação da autoridade policial ou a requerimento do Ministério Público, só se tornando efetiva após decisão judicial. (BRASIL, 1938)

Somente em 1961 foi elaborado um novo tratado internacional mais rígido e importante, firmado na Convenção Internacional Única sobre Entorpecentes, já sob hegemonia dos Estados Unidos da América, num momento onde sua atuação na Organização das Nações Unidas (ONU) sobre as decisões relativas às questões das “drogas” era fator decisivo. Nessa convenção foram definidas quatro listas de substâncias, as quais foram divididas em graus de periculosidade. Essa classificação não se devia exatamente pelo potencial de toxidade ou de risco de dependência de alguma “droga”, mas principalmente pela probabilidade de algum uso medicinal reconhecido. Segundo Jelsma (2008, p.14),

A mencionada convenção unificou os diferentes instrumentos multilaterais negociados ao longo do meio século anterior, ou seja, desde a primeira convenção sobre o ópio acordada em 1912 em Haia. Desde então as Nações Unidas levaram a efeito numerosas conferências e cúpulas com o

propósito de negociar uma proposta global para as drogas ilícitas.

Ainda sobre a influência da Organização das Nações Unidas na definição de normativas sobre as “drogas”, objetivadas em nível mundial é observada a afirmação de que,

Não obstante, no cenário internacional, apesar de todos os esforços permanentes realizados desde a criação da Comissão de Xangai, os resultados acabavam sendo muito limitados, pois nem todos os países ligados à questão das drogas estavam envolvidos nas discussões e em busca de alternativa conjunta. Com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1945, essa organização assume a responsabilidade de unir os esforços mundiais para lidar com o fenômeno das drogas, com os Protocolos do Ópio em 1946, 1948 e 1953, e, posteriormente, com as Convenções de 1961, 1971 e 1988, que consolidariam o Sistema Internacional de Controle de Drogas. (CHAGAS e VENTURA, 2010, p.8)

Para se adequar às normativas que se seguiram às de 1961 – oriundas de reuniões como a “Convenção sobre as Substâncias Psicotrópicas”, ocorrida em Viena em 1971 – o governo militar brasileiro nomeou um grupo de trabalho para a elaboração do anteprojeto, que depois de revisto por uma série de ministérios, resultou na “Lei de Tóxicos ou Lei de Entorpecentes” (n. 6.368), aprovada e promulgada em 1976.

Nessa se estabeleceu a criação do Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes (SNPFRE) e do Conselho Federal de Entorpecentes (Confen). Apesar desse conselho ter sido organizado nos parâmetros da CNFE, diferencia-se dessa antiga comissão cujo cargo de presidência cabia obrigatoriamente ao diretor da Saúde Pública, atribuição revogada na regulamentação, pelo decreto n. 85.110 de 1980 do Confen, um conselho multiministerial que privilegiava representantes do aparato policial/repressivo à despeito dos representantes do âmbito da Saúde Pública.

É perceptível a atualização da nomenclatura que se fazia aos indivíduos consumidores, até então ditos “toxicômanos” e nesse

contexto passou a ser chamado de “dependente de substâncias entorpecentes”.

A “Lei de Tóxicos” obrigava todos os brasileiros e residentes no Brasil, tanto pessoas físicas quanto jurídicas, a colaborar na erradicação do uso de substâncias ilegais; admitia a existência de dependência física e psíquica determinada por avaliação médica; a internação deixava de ser obrigatória e era substituída pelo vago termo “tratamento”; determinava uma nova divisão no Código Penal das penalidades para quem portava a substância com finalidade de comércio/venda (art. 12) e para quem a portava com a finalidade de consumo (art. 16), entretanto, ambas constituíam crime e previam a detenção como pena.

O artigo 9º dessa lei, circunscrito ao capítulo II “Do tratamento e da Recuperação”, previa que as redes de saúde dos Estados, Territórios e Distrito Federal contariam, sempre que necessário e possível, com estabelecimentos próprios para tratamento dos dependentes de substâncias proscritas pela lei. Ainda, em seu parágrafo 1º, fica posto que enquanto não fossem criados tais estabelecimentos, seriam adaptadas unidades para aquela finalidade na rede já existente.

Ainda, o artigo 10º previa que o tratamento sob regime de internação hospitalar seria obrigatório quando o “quadro clínico do dependente ou a natureza de suas manifestações psicopatológicas assim o exigirem”. E em seu primeiro parágrafo afirma que quando não verificada a necessidade de internação, o dependente deveria ser submetido a um “tratamento extra-hospitalar” (BRASIL, 1976).

Porém, o documento não expressa de forma detalhada as condições ou mesmo os parâmetros de avaliação para cada caso. Já no parágrafo 2º desse mesmo artigo é expresso que os estabelecimentos hospitalares e clínicas, tanto oficiais quanto particulares, que recebessem para tratamento “dependentes químicos”, deveriam encaminhar até o dia 10 de cada mês à repartição competente um “mapa estatístico dos casos atendidos no mês anterior, com a indicação do código da doença, segundo à classificação aprovada pela OMS, dispensada a menção do nome do paciente” (BRASIL, 1976).

Outro tratado internacional importante veio ocorrer em 1988, na “Convenção contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e de Substâncias Psicotrópicas” onde foram tomadas medidas abrangentes sobre o tráfico – inclusive a produção – de “drogas”. Mais recentemente, em 1998, houve a Sessão Especial da Assembléia Geral das Nações Unidas – conhecida sob a sigla em inglês UNGASS –, cuja atenção e orientação tangiam a manutenção de,

[...] esforços equilibrados e coordenados entre a redução da demanda e a redução da oferta de drogas, por meio de estratégias integradas para sanar o problema integralmente e não mais se apoiando apenas na redução da oferta de drogas. (CHAGAS e VENTURA, 2010, p. 8)

Nessa sessão atribuiu-se importância aos programas de prevenção ao uso, redução da demanda, meios de tratamento, reabilitação e reintegração social, tendo os países firmando um comprometimento de redução significativa da demanda e da oferta de drogas até 2008. Uma expectativa não alcançada, principalmente, em países das Américas (do “Norte” e principalmente da “Latina”), a despeito de avanços em alguns países europeus.

Como adequação e alinhamento do Brasil à cooperação internacional em 1998, segundo Fiore (2006), ocorreu uma alteração institucional importante com o decreto n. 2.632, que entre outras determinações dispôs sobre o Sistema Nacional Antidrogas.

Por meio desta legislação se detalhou a composição do sistema supracitado, bem como as atribuições específicas de dois órgãos importantes que o constituíam, a saber: a Secretaria Nacional Antidrogas (Senad), ligada diretamente ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República, cujos secretários nomeados até hoje estão, um jurista e dois militares de carreira; e o Conselho Nacional Antidrogas (Conad), onde entre os 13 membros que o compõe, encontram-se apenas dois representantes de órgãos relativos à saúde, a saber, do Ministério da Saúde e da Associação Médica Brasileira, revelando assim a pequena participação de médicos ou autoridades sanitárias no processo da “condução da política de drogas” (BRASIL, 1998).

Nesse sentido, Fiore (2006, p. 32) ressalta que apesar de perceber elevado grau de importância da medicina na consolidação jurídica da questão das “drogas” no Brasil, “a análise da condução da ‘política de drogas’ (por falta de um termo melhor) no país revela que, ao menos quantitativamente, é pequena a participação de médicos ou autoridades sanitárias nesse processo”.

O Sistema Nacional Antidrogas já havia sido mencionado no artigo 3º da Lei de 1976, como aquele que integraria além das atividades de recuperação de dependentes, também às de prevenção, repressão ao tráfico ilícito, uso indevido e produção não autorizada de substâncias entorpecentes e “drogas” que causassem dependência física ou psíquica.

Outra atualização significativa da legislação sobre “drogas” ocorreu em 2002, sob a Lei n. 10.409. Os artigos 4º (do capítulo “Disposições gerais”) e 47º (do capítulo “Dos efeitos de sentença”) expressam que é facultado à União celebrar convênios, por intermédio da Secretaria Nacional Antidrogas (Senad), com os estados, o Distrito Federal e os municípios, as entidades públicas e privadas, além de organismos estrangeiros, visando entre outras estratégias²⁴, o tratamento.

Considerando que a justificativa para o atual contexto identificado nesta pesquisa, isto é, a necessária criação e manutenção instituições públicas, privadas e filantrópicas para assistência de “dependentes químicos” pode estar baseada nessa ampla premissa expressa na orientação legal descrita nos artigos citados, isto é, a possibilidade de parcerias entre as esferas públicas e privadas para o internamento dessa parcela da população.

Na seção que dispõem sobre o “Tratamento” (art. 11), do II capítulo intitulado “Da prevenção, da erradicação e do tratamento”, são expostas algumas medidas previstas ao dependente ou usuários de “drogas” ilícitas relacionadas pelo Ministério da Saúde, que causem dependência física ou psíquica.

O primeiro parágrafo prevê que o tratamento desses deveria ser feito de forma multiprofissional e, se possível, com a assistência de suas famílias. As ações que visem à redução de danos sociais e à saúde devem ser regulamentadas pelo Ministério da Saúde, conforme o segundo parágrafo. O terceiro parágrafo dispõe sobre a possibilidade de benefícios a serem criados pelas diferentes instâncias do poder público, para empresas privadas que desenvolverem programas de reinserção no mercado de trabalho do “dependente químico”. O quarto parágrafo mantém a disposição inscrita no segundo parágrafo do 10º artigo da lei de 1976 exposto acima, isto é, a obrigatoriedade do tratamento sob regime de internação hospitalar quando o “quadro clínico do dependente ou a natureza de suas manifestações psicopatológicas assim o exigirem”. Por fim, o último parágrafo traz uma nova disposição, a da necessária comunicação mensal do estado de saúde e recuperação do paciente internado ou em tratamento ambulatorial por ordem judicial – demanda compulsória – ao juízo competente (BRASIL, 2002).

A última alteração da legislação brasileira destinada às “drogas” é de 2006, sob a Lei n. 11.343, conhecida como a “Nova Lei de Drogas”, a qual substituiu as antigas leis de 1976 e 2002. Uma primeira

²⁴ Como a prevenção, a fiscalização, o controle e a repressão ao tráfico e uso indevido de “drogas” ilícitas. (BRASIL, 2002)

mudança exponencial dessa lei pode ser percebida na própria denominação, que deixa de ter o adjetivo “entorpecente” passando a ser “drogas”. O parágrafo único de seu artigo primeiro define o que se entende por “drogas”, porém, esta definição não está muito longe do que se caracterizava “entorpecentes”, “produtos”, ou “substâncias” nas leis anteriores, denominações que, em suma, significam as substâncias ou produtos ilícitos capazes de causar dependência física ou psíquica e assim especificados pelas listas atualizadas pelo Poder Executivo da União – no caso, via Ministério da Saúde.

Essa lei instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad), que prescreve medidas, sobretudo de prevenção, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de “drogas”, estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de “drogas”, definindo assim os crimes relativos à tais práticas.

O terceiro título dessa lei refere-se as “atividades de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas” e em seu capítulo II, intitulado “das atividades de atenção e de reinserção social de usuários e dependentes de drogas”, é determinado no artigo 22 que: a atenção à esses e seus respectivos familiares deve ser feita, sempre que possível, de forma multidisciplinar e por equipes multiprofissionais; a necessária definição de projeto terapêutico individualizado, orientado para a inclusão social e para a redução de riscos e de dados sociais e à saúde; além de instituir a necessidade de se considerar as peculiaridades socioculturais do usuário e dependente de drogas e respectivos familiares na adoção de estratégias diferenciadas de atenção de reinserção social. Seguidamente, o artigo 23 determina que os programas de atenção ao usuário e ao dependente de drogas, desenvolvidos pelas redes dos serviços de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal, bem como, dos Municípios deverão respeitar “as diretrizes do Ministério da Saúde e os princípios explicitados no art. 22 desta Lei, obrigatória a previsão orçamentária adequada”.

Concernente ainda a esse capítulo a possibilidade de vinculação da rede pública à outras redes de prestação de serviços em saúde é introduzida pelo artigo 25 dessa lei, cuja definição é a possibilidade das instituições da sociedade civil sem fins lucrativos que atendem usuários ou dependentes de drogas com atuação nas áreas da atenção à saúde e da assistência social poderão receber recursos, ainda que condicionados à disponibilidade orçamentária e financeira, do Fundo Nacional Antidrogas (Funad).

Somente no terceiro capítulo, ainda dentro do título III da lei, intitulado “Dos crimes e penas”, é evidenciado os possíveis casos de tratamento em estabelecimentos de saúde para usuários ou dependentes que, em razão da prática de infração penal²⁵, conforme indica o parágrafo sétimo do artigo 28, o juiz determinará ao Poder Público que coloque à disposição gratuita do infrator, um estabelecimento de saúde para o tratamento especializado, com a ressalva de ser preferencialmente ambulatorial.

Segundo Lins (2009, p. 254) a lei que anteriormente se baseava em uma política repressiva “agora se encontra em equilíbrio com a política de prevenção, de redução de danos, de reinserção social”. Supõe-se que a interpretação da autora deve-se aos demais dispositivos pautados, sobretudo, em aspectos vislumbrados pelos movimentos de reformas nas legislações de assistência à saúde mental, como a multidisciplinariedade e as equipes multiprofissionais, reinserção social e tratamentos extra-hospitalares. Quanto à não repressão, também apontada pela autora, percebe-se que a lei faz uma explícita distinção entre os usuários e traficantes, prevendo uma atenção diferenciada aos primeiros. No entanto, tanto um como o outro não estão isentos do cumprimento de medidas repressivas e penalidades.

Porém, o que esta recente legislação²⁶ prevê não está em conformidade com a realidade atual de assistência aos “dependentes químicos” do estado do Paraná, como enunciada no início de minha proposta de pesquisa. Pois, ao que se parece, o hospital psiquiátrico em regime fechado continua sendo uma das principais alternativas para o tratamento da “dependência química” no estado do Paraná.

De modo geral, a leitura das legislações expostas não atendeu às expectativas sobre as delimitações e normatizações do campo jurídico para os procedimentos de tratamentos e assistência que devem ser seguidos, como por exemplo: quantidade de leitos destinados aos

²⁵ Como aquelas previstas no artigo 28º, isto é, quem “adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar” (BRASIL, 2006).

²⁶ E parte das anteriores também, que sempre por meio de expressões sutis sugerem adesões à formas de assistência, prevenção, ou mesmo tratamento mais “brandas”, isto é, àquilo que está em conformidade com os novos preceitos advindos do campo da saúde mental após o movimento de Reforma Psiquiátrica, como multidisciplinariedade, equipes multiprofissionais, assistência à família, redução de danos e riscos, equipamento de atendimento extra-hospitalares, etc.

“dependentes químicos” em instituições psiquiátricas; tempo de permanência da internação; garantia de espaços físicos, regimentos internos e projetos terapêuticos especializados para o tratamento de “dependência química” no interior dos estabelecimentos hospitalares, sejam eles psiquiátricos ou gerais; processos que regulamentem a criação de novos leitos psiquiátricos ou transformações de antigos para esse tipo de tratamento.

Apesar de não especificar as formas do tratamento, a atual legislação permanece conferindo ao órgão competente do Ministério da Saúde, no caso, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a tarefa de regulamentar quais substâncias devem ser proibidas ou controladas no país. No entanto, isso constitui ainda uma controvérsia em relação à autonomia desse órgão em assumir tais decisões, uma vez que a legislação brasileira está vinculada aos tratados internacionais dos quais o Brasil é signatário.

1.3.1 Do “proibicionismo” às medidas alternativas: o “anti-proibicionismo”

Salvo as minúcias dessas legislações, cabe assinalar o alinhamento compassado, ao longo do período analisado, do governo brasileiro à tais normativas de internacionalização do controle de drogas.

Essa constituição de legislações e políticas, sumariamente deslindada até aqui, ficou conhecida na literatura especializada como um “paradigma proibicionista”, ou mesmo “guerra às drogas”, cujo fracasso é hoje acentuatadamente apontado.

Como visto, no decorrer da primeira metade do século XX surgiram no contexto nacional diversas normativas legais, juntamente com a criação de órgãos públicos voltados ao controle e repressão do uso, produção e comércio das “drogas” que enfatizaram, principalmente, os aspectos jurídicos e penais desse fenômeno, atualmente considerado multifacetado. Cabe ressaltar que tais transformações legais estiveram sempre atreladas às normativas impostas por convenções internacionais voltadas ao tema. Trad (2009) corrobora essa prerrogativa afirmando que até o século XIX, o uso de “drogas” era regulado basicamente por controles sociais informais e pelo autocontrole, sendo a passagem para a sociedade urbano-industrial o marco do acordo firmado entre a medicina moderna e o Estado, como instâncias máximas do controle das “drogas” e de seus usuários.

Este conjunto de medidas é entendido como um paradigma proibicionista resultado da aliança entre modelos explicativos da medicina, da farmacologia científica e do ponto de vista jurídico-legal, originário nos Estados Unidos da América e internacionalizado por meio da ONU. A partir desse contexto, o Brasil adotou “progressivamente um modelo de prevenção alinhado à visão proibicionista, centrado na ilegalidade das drogas, na repressão e na abstinência” (TRAD, 2009, p. 97). Releva-se assim que “o proibicionismo determina todo o contexto do consumo contemporâneo de drogas, inclusive a expansão das formas de consumo mais degradadas, adulteradas e destrutivas” (CARNEIRO, 2002, p.126).

Porém, como assinalado por muitos estudiosos, as políticas baseadas na erradicação da produção e criminalização do consumo fracassou na tentativa de redução do tráfico e do uso de drogas. Nesse sentido MacRae (s/d, p. 108) constata que embora haja uma “política global de ‘guerra as drogas’ que vem sendo implementada desde a segunda década do século XX, os problemas relacionados ao uso de psicoativos ilícitos só tem aumentado”. Sintetizando tal perspectiva observa-se que nos últimos anos,

[...] as críticas ao paradigma proibicionista não apenas se fortaleceram como conseguiram escapar do lugar a que foram estrategicamente relegadas ao longo do século xx: um exotismo inconsequente ou fruto do comprometimento pessoal de defender o uso de drogas como positivo. Abordagens pragmáticas e realistas, como a redução de danos, conseguiram se distanciar das premissas proibicionistas e alcançar bons resultados, com os quais ganharam, lentamente, credibilidade. Guiadas pelo pressuposto de que cabe aos profissionais de saúde a minimização dos danos e não a erradicação das drogas, as políticas de redução de danos foram decisivas para recolocar os termos do debate, principalmente no cuidado com o consumidor. Dessa forma, o encarceramento de usuários/dependentes foi sendo mais e mais considerado uma ação estatal anacrônica e desumana. (FIORE, 2012, p.16)

A crítica ao paradigma proibicionista encontra experiências concretas e se delinea melhor. As experiências baseadas em programas

de Redução de Danos (RD) são estratégias exemplares de um certo “movimento anti-proibicionista”, que ganham maior credibilidade e efetividade atualmente na União Europeia.

Redução de Danos não é uma categoria consensual na literatura e entre os profissionais e técnicos que a operacionalizam. Tais ações ganharam visibilidade durante a década de 1980, como uma prática de prevenção à hepatite e à AIDS entre usuários de “drogas” injetáveis na Europa, na Austrália e nos Estados Unidos. Assim, no intuito de evitar a disseminação de tais vírus entre usuários de drogas injetáveis, foram formuladas estratégias de saúde pública onde se fazia a distribuição de seringas descartáveis, por exemplo. Em suma, “trata-esse de ações que visam minimizar os riscos e danos de natureza biológica, psicossocial e econômica provocados ou secundários ao uso/abuso de drogas sem necessariamente requerer a redução de consumo de tais substâncias” (ANDRADE, 2004, p. 87).

Nesse sentido, as ações de RD (Redução de Danos) são orientadas por três princípios básicos: o pragmatismo, a tolerância e a diversidade, opondo-se assim ao paradigma do proibicionismo e da meta de abstinência. Nesse sentido, a RD tem como premissa básica, uma vez constatada a ineficácia das políticas proibicionistas em impedir o uso de drogas e de prescrições baseadas na abstinência, a instrução dos usuários para fazerem um uso menos danoso à sua saúde e à da população em geral (MACRAE, 2008).

Corroborando tal movimento crítico ao proibicionismo, assistimos a experiência da formação e atuação da Comissão Latino-Americana sobre Drogas e Democracia, para Fiore (2012), a “mais influente confrontação política internacional”. Uma iniciativa de ex-presidentes de três países latino-americanos, o Brasil, a Colômbia e o México²⁷. Formada em meados de 2008, compreende 17 personalidades públicas – tais como, líderes políticos importantes, artistas e especialistas célebres – oriundas, além dos países já citados, do Peru, Venezuela, Nicarágua, Costa Rica e Argentina. Partilham do consenso sobre a ineficiência das políticas de combate às drogas, principalmente na América Latina onde os problemas de violência e corrupção associadas ao tráfico são crescentes, e que tais políticas “corroem a cultura cívica e as instituições democráticas”. Seus objetivos centram-se: na avaliação das políticas de combate às drogas adotadas até então, em suma, proibicionistas; formulação de recomendações de “políticas mais eficientes, seguras e humanas”; proposição de ampla discussão

²⁷ A saber: Fernando Henrique Cardoso, César Gaviria e Ernesto Zedillo.

sobre o tema com especialista, a fim de analisar alternativas, formular propostas e apresentá-las à opinião pública e governos de países da região.²⁸

Derivado do sucesso da experiência supracitada, consagrando o “ouvir da voz latino-americana” num debate que diz respeito a um problema e decisões de ordem global, está a criação de mais duas comissões, a saber: a Comissão Brasileira sobre Drogas e Democracia e a Comissão Global de Políticas sobre Drogas. Visualiza-se, certamente, um momento de mudanças substanciais no que tange às políticas internacionais sobre “drogas”. Exemplo da ampla atuação e divulgação de tais organizações sobre debates anti-proibicionistas é a produção do filme “Quebrando o tabu”²⁹.

Tais movimentos críticos suscitam questionamentos em torno do Estado, suas potencialidades e limitações. Para Fiore (2012) mudanças significativas nas legislações nacionais sobre “drogas” representam o questionamento em torno dos limites do papel do Estado. Propõe-nos a reflexão em torno de uma realocação de questionamentos, isto é, ao invés de questionar o porquê da descriminalização das “drogas” pelo Estado, deve-se questionar a razão do “dever de proibição” do uso de “drogas” por tal instituição.

Por um lado, como já esboçado acima, percebe-se uma variada legislação sobre o controle das “drogas” oriundas e efetivadas no campo da Segurança Pública. Desde a década de 1920 assistimos o surgimento da tipificação de consumidores abusivos do álcool e de outras drogas – cuja legislação utiliza os termos “embriaguez por hábito” e “toxicomania” –, bem como dos primeiros apontamentos sobre o tratamento de saúde destinados à esses.

Por outro lado, a legislação brasileira sobre a assistência psiquiátrica, do campo da Saúde Pública, teve menos reformulações em relação as lei de “drogas”, totalizando três leis federais. Importante ressalva se faz sobre a não existência de termos que se remetem, especificamente, ao que atualmente denomina-se “alcoolismo” ou “dependência química” na primeira legislação brasileira sobre a assistência psiquiátrica o decreto nº 1.132, de 22 de Dezembro de 1903, que dispõe sobre a “reorganização da assistência a alienados”.

²⁸ Cf: <http://www.drogasedemocracia.org/Objetivo.asp>

²⁹ Dirigido por Fernando Grostein Andrade e com participação de Fernando Henrique Cardoso, Bill Clinton, Jimmy Carter, Drauzio Varella e Paulo Coelho. Cf: <http://www.quebrandootabu.com.br/>

Já na segunda atualização dessa legislação, sob o decreto 24.559 de três de Julho de 1934, que dispõe sobre a “profilaxia mental”, aparece o termo “toxicomania” e “toxicômanos”. Por fim, a última legislação, a lei 10.216, de 2001 versa somente o conceito “transtorno mental”.

2. CONSTRUINDO UMA ANÁLISE DOCUMENTAL

*O documento não é
inócuo. É, antes de
mais nada, o
resultado de uma
montagem,
consciente ou
inconsciente, da
história, da época,
da sociedade que o
produziram, mas
também das épocas
sucessivas durante
as quais continuou a
viver, talvez
esquecido, durante
as quais continuou a
ser manipulado,
ainda que pelo
silêncio.*
Jacques Le Goff
(História e
Memória)

2.1 A escolha do *locus* de pesquisa

Dos 14 hospitais psiquiátricos pesquisados³⁰, escolhi dois para uma análise mais aprofundada da pesquisa que havia iniciado. Delimitei a intervenção no campo inicialmente em duas instituições, uma da esfera administrativa pública, o Hospital Colônia Adauto Botelho (HCAB), que à época de construção do projeto de pesquisa dispunha de 160 leitos³¹, localizado no município de Pinhais; e outra de natureza jurídica privada, o Hospital San Julian, localizado no município de Piraquara,

³⁰ Durante o projeto PIBIC 2009/2010 supracitado.

³¹ Cf. CNES (DATASUS-MS), disponível em http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Hospitalar.asp?VCo_Unidade=4119150018260, acesso em 19/10/2011.

com 400 leitos³², dos quais 75% eram destinados ao tratamento de “dependentes químicos”. Ambas as cidades onde se localizam tais hospitais fazem parte da região metropolitana de Curitiba, capital do estado do Paraná.

A opção pela pesquisa nos dois hospitais justificava-se pelo intuito de estabelecer uma análise comparativa entre instituições de esferas administrativas distintas. O Hospital Colônia Adauto Botelho (HCAB/PR) é o único hospital psiquiátrico público do estado do Paraná. O Hospital San Julian, por sua vez, além de ser uma instituição privada, assim como o restante dos hospitais e clínicas especializados em psiquiatria nesse estado da federação, dispõe a maior parcela de seus leitos para o atendimento de “dependentes químicos”.

Porém, depois de iniciar algumas orientações e debates sobre o projeto inicial percebi a extensão de minha pretensão. Consciente da inviabilidade de pesquisar duas instituições no tempo reduzido do mestrado a atenção foi direcionada ao Hospital Colônia Adauto Botelho (HCAB). A escolha deveu-se principalmente à dois fatores: 1) o acúmulo de um trabalho já começado com base na análise de documentos recolhidos nessa instituição, do qual já foi publicado alguns resultados³³; e 2) por ser uma instituição de natureza jurídica pública, fato que possivelmente contribuiu para um acesso mais facilitado às fontes da pesquisa.

Entretanto, o HCAB naquele momento da pesquisa anteriormente citada, não disponibilizou depoimentos orais, ou seja, não fez parte das seis instituições que no bojo da pesquisa maior se dispuseram à contribuir para minha sub-pesquisa. Por outro lado, foi possível analisar documentos institucionais de suma importância, isto é, um conjunto de relatórios produzidos pela própria direção do HCAB referente às atividades desenvolvidas durante os quatro primeiros anos de funcionamento deste hospital (1954-1958)³⁴.

³²Cf. CNES (DATASUS-MS), disponível em http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Hospitalar.asp?VCo_Unidade=4119500018384, acesso em 19/10/2011.

³³ Onde almejava-se compreender em primeiro lugar, os movimentos que levaram a fundação deste hospital considerando-se a articulação entre a assistência a psicopatas – como era então nominada a atual assistência à saúde mental – e a política nacional de saúde, que preconizava, à época, a criação de instituições manicomiais do tipo hospital-colônia. Cf: Wadi e Casagrande, 2011(a); 2011(b); Wadi, 2012.

³⁴Cf. PARANÁ-HCAB, “Relatórios do HCAB”, Piraquara, jan./dez. 1955. HCAB, Piraquara, Caderno 1.; PARANÁ-HCAB, “Relatórios do HCAB”,

Consta especificamente no relatório expedido em janeiro de 1955, relativo aos primeiros sete meses de funcionamento da instituição, um quadro comparativo dos diagnósticos recorrentes dados na entrada de pacientes durante aquele curto período de existência do HCAB/PR. Entre os homens internados nesse hospital, o “alcooolismo” (um dos tipos de psicoses exotóxicas)³⁵ representou o segundo diagnóstico mais frequente, dado que a principal causa de internamento masculino à época foi a esquizofrenia (em sua forma simples, hebefrênica e catatônica) (PARANÁ-HCAB, 1955, f. 40).

Porém, nesse momento histórico que remonta ao surgimento desse hospital – meados da década de 1950 – não houve registros do diagnóstico de “toxicomania”, a segunda variação de psicose exotóxica seguida do “alcooolismo”. Importante ressalva se faz em relação ao termo utilizado nesse relatório, isto é, “toxicomania”; essa classificação advém do campo da psicanálise e expressa o que hoje, sob influência da OMS, difusamente se conhece como “dependência química”, em especial, de substâncias psicoativas ilícitas (MONTEIRO, 2011; SEQUEIRA, 2003).

Dados como estes não se repetiram nos demais relatórios analisados, referentes aos quatro anos seguintes. Cabe ressaltar que dentre os documentos dos quais pretendia ter acesso no “arquivo-morto” dessa instituição, quadros quantitativos de diagnósticos ou do gênero, produzidos pela própria direção/administração da instituição, foram procurados com muita expectativa. Entretanto, na ausência destes em publicações periódicas, a opção da principal fonte que suprisse o objetivo desta pesquisa foi definida de acordo com documentos que a instituição dispunha – detalhado adiante.

A partir desta constatação foi possível demarcar parcialmente um dos pontos de partida da pesquisa, pois se desde sua constituição o hospital já distinguia os diagnósticos de “alcooolismo” e “toxicomania”, e

Piraquara, jan./dez. 1956. HCAB, Piraquara, Caderno 2.; PARANÁ-HCAB, “Relatórios do HCAB”, Piraquara, jan./dez. 1957. HCAB, Piraquara, Caderno 3.; PARANÁ-HCAB, “Relatórios do HCAB”, Piraquara, jan./abr. 1958. HCAB, Piraquara, Caderno 4. Documentos arquivados no acervo documental da pesquisa “Assistência Psiquiátrica no Estado do Paraná: mapeamento e análise histórica das instituições, da legislação e das principais políticas públicas”, coordenada por Yonissa M. Wadi, concedidos pela instituição no âmbito desta investigação, desenvolvida no ano de 2009.

³⁵ O quadro elaborado pela direção do HCAB descreve quatro tipos de su-diagnósticos que se enquadram na classificação maior “psicoses exotóxicas”, são eles: alcooolismo, toxicomanias, profissionais e acidentais. (PARANÁ-HCAB, 1955, f. 40)

naquele momento não houve constatação de diagnósticos da segunda categoria, questiono: em que época esse espaço fora preenchido?

Entretanto, no HCAB/PR não houve a criação da ala e/ou unidade de atendimento à adolescentes “dependentes químicos” conforme mencionado na introdução do texto, fenômeno que corrobora a premissa de que houve – e ainda há – um aumento da demanda por internamentos para a “dependência química”, caracterizando assim uma re-apropriação do espaço disciplinar no hospital psiquiátrico.

Cabe ressaltar que essa mesma análise poderia ser realizada em um segundo hospital psiquiátrico do estado do Paraná, que em pesquisa anterior evidenciou o fato da maioria de seus internamentos serem destinadas à “dependentes químicos”³⁶. Como dito, em pesquisa anterior pude perceber que uma série de distinções históricas, como por exemplo sua natureza jurídica, seus convênios de saúde entre outros fatores, justificam a configuração atual de maior hospital especializado em psiquiatria do estado do Paraná, com o maior número de atendimentos, e consequentemente, infra-estrutura voltada aos sujeitos denominados “dependentes químicos”. Certamente esse hospital apresentaria outras especificidades que o moldaram no decorrer dos tempos. Essas serviriam para a descrição de sua trajetória marcada pelo sucessivo progresso que o fez tornar um hospital de atendimento majoritariamente voltado à “dependência química”. Provavelmente seu histórico corroboraria mais facilmente à premissa sugerida anteriormente de que, atualmente assistimos uma larga substituição da clientela tradicional do hospital psiquiátrico por um novo tipo de “doentes” (ou mesmo, “anormais”) composto, sobretudo, por “dependentes químicos”. Remontando também ao que tange meu intento de investigação em geral: a constituição social e histórica da assistência psiquiátrica aos “dependentes químicos”.

Segundo Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (2001), não só a revisão da literatura especializada é julgada importante para a construção de um projeto de pesquisa, mas também o contato inicial com o campo. Esse momento é caracterizado como o período exploratório precedente à investigação, ou mesmo à chamada pesquisa de campo, onde se privilegia um primeiro contato com as unidades de análise, problemáticas e metodologias nas quais as diferentes pesquisas se delineiam. Nesse sentido,

³⁶ O Hospital Psiquiátrico São Julian, cuja análise fazia parte do projeto inicial.

[...] pesquisadores iniciantes encontram uma certa dificuldade de obter acesso, sobretudo quando o estudo focaliza uma instituição (como, por exemplo, uma escola, uma empresa, um hospital, um sindicato). As instituições costumam ter procedimentos formais para conceder autorização para a entrada de um observador externo, bem como para dar acesso a determinados espaços e documentos. Quando se trata de alunos de graduação ou pós-graduação, é importante contar com uma carta de apresentação da instituição a que pertencem, avaliando a seriedade do estudo. O conhecimento da hierarquia que rege a instituição a ser pesquisada e a ajuda informal de alguém do próprio sistema são outros elementos facilitadores da entrada no campo. (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 2001, p.160)

Considerando que esta pesquisa configurou-se em uma análise documental institucional, os procedimentos formais de entrada na instituição escolhida foram realizados mediante ofícios avaliados pela professora orientadora e encaminhados via departamento de Pós-Graduação no qual esta pesquisa se vincula. Resultando em vínculos transcorridos sem impasses ou impedimentos. Foram em torno de cinco semanas em campo. Pelo fato do hospital ser afastado da zona urbana, usava o sistema de transporte e alimentação dos funcionários. Assim, é importante e pontual como essa dinâmica em campo favoreceu a criação de uma rede de relações estreitadas e um vínculo cotidiano.

As pesquisas qualitativas são caracteristicamente multimetodológicas. Porém, podemos pontuar três procedimentos utilizados de forma mais freqüente pelas pesquisas sociológicas: a observação (direta/participante), a entrevista em profundidade e a análise de documentos (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 2001).

Cabe ressaltar que, embora os métodos quantitativos e qualitativos se difiram, estão longe de serem excludentes. Em vez disso, são complementares. Considera-se assim a utilização simultânea destes necessária para a apreensão desta problemática sociológica de pesquisa, já que a análise consiste basicamente na relação entre os dados numéricos relativos aos internamentos no HCAB e as qualificações interpretativas propostas pela perspectiva teórica e corroboradas pela

pesquisadora. Como observou VÍctora (2000, p. 40), é evidente que “os resultados de uma questão, colocada a partir de princípios teórico-metodológicos quantitativos, suscitem novas questões que só possam ser colocadas dentro de princípios qualitativos, ou vice-versa”.

Bauer e Gaskell (2002), ao descreverem os métodos de coleta de dados – os quais representam uma etapa, ou mesmo dimensão do processo da pesquisa – concordam com os três procedimentos principais supracitados por Alves-Mazzotti (2001). Pontuam assim o caráter qualitativo dos métodos empreendidos nesta perspectiva multimetodológica, tanto no levantamento como na análise dos dados necessários para atingir os objetivos estabelecidos.

Homologamente aos argumentos apresentados, Bourdieu (1989) é enfático ao afirmar que, em suma,

[...] a pesquisa é uma coisa demasiado séria e demasiado difícil para se poder tomar a liberdade de confundir a *rigidez*, que é o contrário de inteligência e da invenção, com o *rigor*, e se ficar privado deste ou daquele recurso entre os vários que podem ser oferecidos pelo conjunto das tradições intelectuais da disciplina – e das disciplinas vizinhas. (BOURDIEU, 1989, p.26)

Os instrumentos de pesquisa mobilizados para esta investigação são constituídos, sobretudo, pela coleta e análise de documentos institucionais na medida em que foram disponibilizados pela instituição pesquisada. Ainda que transversalmente, foram também ponderadas observações (indiretas) em campo, muitas constituídas por meio de relatos orais obtidos informalmente durante minha permanência na instituição.

De acordo com Alves-Mazzotti e Gewandszajder (2001), dentre as fontes de pesquisa pode-se considerar como um documento,

[...] qualquer registro escrito que possa ser usado como fonte de informação. Regulamentos, atas de reunião, livros de seqüência, relatórios, arquivos, pareceres, etc., podem nos dizer muita coisa sobre os princípios e normas que regem o comportamento de um grupo e sobre as relações que se estabelecem entre diferentes subgrupos. [...] A análise de documentos pode ser a única fonte de dados – o que costuma ocorrer quando os

sujeitos envolvidos na situação estudada não podem mais ser encontrados – ou pode ser combinada com outras técnicas de coleta, o que ocorre com mais frequência. [...] Qualquer que seja a forma de utilização dos documentos, o pesquisador precisa conhecer algumas informações sobre eles, como por exemplo, por qual instituição ou por quem foram criados, que procedimentos e/ou fontes utilizaram e com que propósitos foram elaborados. A interpretação de seu conteúdo não pode prescindir dessas informações. (ALVES-MAZZOTTI e GEWANDSZNAJDER, 2002, p.169)

A opção por trabalhar principalmente com análise documental, especificamente com arquivos, é justificada na afirmação segundo a qual,

O arquivo age como um desnudamento; encolhidos em algumas linhas, aparecem não apenas o inacessível como também o vivo. Fragmentos de verdade até então retidos saltam à vista: ofuscantes de nitidez e de credibilidade. Sem dúvida, a descoberta do arquivo é um maná que se oferece, justificando plenamente o seu nome: fonte. (FARGE, 2009, p.15)

2.2 A coleta das fontes

À época da primeira inserção ao *locus* de pesquisa – o Hospital Colônia Aداuto Botelho (HCAB/PR) – em 2009³⁷, a funcionária que conduziu a visita pelas dependências do hospital nos informou que uma parcela dos funcionários estava recebendo treinamento especializado a fim de organizar um extenso volume de documentos do chamado “arquivo-morto”, alocado em prédio anexo e ligeiramente afastado do núcleo clínico-administrativo do hospital, ainda que no mesmo terreno, o qual se destaca por sua vastidão.

³⁷ Na condição de assistente da pesquisa “Assistência Psiquiátrica no Estado do Paraná: mapeamento e análise histórica das instituições, da legislação e das principais políticas públicas”, coordenada por Yonissa M. Wadi.

No momento da segunda inserção ao campo, referente especificamente à pesquisa de mestrado, em 2013, umas das primeiras intervenções foi contatar novamente a funcionária que nos guiou naquele prédio escuro e desamparado, o qual conforme indicado anteriormente seria transformado em arquivo-morto. Fora constatado que os documentos continuam lá, separados em pastas, caixas, fichários, sumariamente divididos em salas distintas, acumulados em meio à poeira e muitos insetos mortos. Porém, ainda sem uma organização funcional, catalogação, enfim, sem possibilidades de consulta a este acervo de forma sistematizada.

Inicialmente esperava encontrar neste acervo documental arquivos históricos com certa periodicidade, no intuito destes evidenciarem o processo histórico de internações de “dependentes químicos” no espaço do hospital psiquiátrico. Mas o levantamento de documentos por meio do chamado “arquivo-morto” não ocorreu como planejado, justamente pela dificuldade em encontrar séries temporais de documentos ou arquivos relevantes suficientemente organizados.

Porém, contava especialmente com a atenção de uma antiga funcionária do hospital. Com formação em psicologia assumiu diferentes funções técnico-administrativas no HCAB/PR desde meados da década de 1980. Aproximando-se de sua aposentadoria, demonstra um interesse pessoal e profissional em reunir materiais a fim de desenvolver um histórico desta instituição. Guiada por tal intento, acumulou diversos documentos, e no momento da pesquisa trabalhava na acomodação destes no espaço físico que ocupa atualmente como “sua” sala. Acredito que tanto pelo acesso que me proporcionou a tais documentos, quanto pelo seu vasto repertório de memórias orais, esta pessoa pode ser considerada como uma informante-chave na presente pesquisa. O que poderia chamar de minha informante de pesquisa, aquele sujeito (no caso, sujeita) que insere e ajuda a guiar o/a pesquisador/a no campo.

Todavia, tais documentos também se apresentavam de forma difusa. Eram regimentos internos, projetos terapêuticos, relatórios de direções, ofícios, memorandos, circulares internas, anúncios de cursos, palestras e eventos em geral, pequenos textos, fotografias, legislações, poesias, programação de atividades internas e externas, entre outros. Enfim, uma infinidade de materiais que não proporcionavam um olhar temporal sistematizado, principalmente no que respeitava ao interesse da pesquisa em compreender se houve (e como ocorreu) o cogitado aumento da hospitalização de “dependentes químicos” no espaço hospitalar, ou mesmo uma mudança no perfil diagnóstico da população

do hospital psiquiátrico em questão. Mesmo assim, muitos desses materiais foram apreciados como fontes paralelas da análise empírica propriamente dita, particularmente no que concerne à contextualização histórica da instituição e das suas formas de atendimento.

Primeiramente, idealizava encontrar dados relativos aos internamentos de “dependentes químicos” no HCAB/PR, a partir de documentos históricos tais como quadros estatísticos de diagnósticos, relatórios médicos e administrativos, prontuários médicos, fichas de registro, livros de ocorrência, livros de registro, entre outros. Almejava localizar, principalmente, levantamentos comparativos sobre os diagnósticos produzidos pela própria administração da instituição, assim como encontrado nos relatórios de 1955 dos quais me referenciei em momentos anteriores do texto e de meados da década de 1980, cuja análise consta no terceiro capítulo.

Investigar indícios referentes ao objetivo da pesquisa por meio dos prontuários médicos também seria um percurso sinuoso e sem referência, na medida em que não há uma catalogação *a priori* daqueles pacientes internados nas unidades específicas ao tratamento de “alcooolismo” e “dependência química”, a não ser mediante um rastreamento prévio dos livros de registros e seleção de casos para análises aprofundadas.

Além dos prontuários mais atuais, disposto no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), o hospital conta com uma sala – na qual outrora funcionava um centro cirúrgico – onde estão alocadas centenas de caixas com os antigos prontuários. No entanto, nos dois casos, não há uma indicação prévia de que determinado prontuário seja de sujeitos encaminhados para tratamento de “dependência química” ou de “transtorno mental”. Situação a qual obstaculizava a seleção de uma amostra documental sistematizada referente ao recorte temporal proposto, no espaço de tempo comum a este estágio da formação acadêmica.

Coletar durante alguns dias documentos variados e sem uma periodicidade explícita – disponibilizados por quem melhor poderia me orientar no desenvolvimento da pesquisa, conforme recomendado pela própria direção da instituição – fez suscitar a possibilidade de analisar especificamente os livros de registros, cujo arquivamento também é feito pelo SAME. Uma decisão tomada após um extenso percurso de pesquisa marcado por encontros e desencontros, por variados tipos de documentos e narrativas dispersos/as que me fizeram memorar o valioso ensinamento metodológico de que é preciso “tentar, em cada caso, mobilizar todas as técnicas que, dada a definição do objecto [*sic*],

possam parecer pertinentes e que, dadas as condições práticas de recolha dos dados, são praticamente utilizáveis” (BOURDIEU, 1989, p.26).

2.3 A construção dos dados

Os ditos “livros de registro” são reconhecidos como “fundos de arquivo”, conforme definido por Farge (2009, p.12) que,

Fundos de arquivos cuja definição científica felizmente não esgota nem seus mistérios, nem sua profundidade: ‘conjunto de documentos, quaisquer que sejam suas formas ou seu suporte material, cujo crescimento se deu de maneira orgânica, automática, no exercício das atividades de uma pessoa física ou jurídica, privada ou pública, e cuja conservação respeita esse crescimento sem jamais desmembrá-lo. (FARGE, 2009, *apud* J. ANDRÉ, “De La preuve à l’histoire, lês archives em France”, *Traverses*, n.36, jan.1986, p.29)

É um tipo de documento que regula as chamadas “entradas e saídas” de pacientes e demais informações cadastrais.

Ressalto a importância da escolha de tais documentos, como a principal fonte de análise empírica desta pesquisa. Conservam-se em arquivo no HCAB/PR oito livros de registro, incluindo o último que estava em uso no momento da pesquisa de campo³⁸. Apresentam-se assim em uma extensão contínua ao longo de aproximadamente três décadas, os registros de dados sobre o “perfil diagnóstico”³⁹ e movimento de pacientes ao longo de quase trinta anos. Cronologicamente os livros se dispõem em: primeiro de 1983 a 1987;

³⁸ O último internamento registrado nesse livro antes da coleta é de 14.05.2013. Porém, a última entrada registrada para a Unidade de Recuperação de Adictos (URA) é de 04.12.2012, período em que segundo informantes da pesquisa, foram encerradas as atividades dessa unidade. Decorrente disso, o recorte temporal desse trabalho finda no ano de 2012.

³⁹ Este conceito é empregado no texto para designar, exclusivamente, a distribuição dos tipos e agrupamentos de categorias diagnósticas relativas às padronizações impostas pelas versões dos manuais da Classificação Internacional de Doenças – no cômputo total dos registros de internamentos no CRA e URA. Desconsiderando assim, qualquer possível uso do termo em outros contextos.

segundo de 1988 a 1993; terceiro de 1994 a 1996; quarto de 1997 a 2000; quinto de 2001 a 2004; sexto de 2005 a 2006; sétimo de 2007 a 2010 e oitavo de 2010 a 2013. A coleta de tais documentos foi realizada a partir da digitalização por meio de fotografias com câmera digital⁴⁰.

Considerando que anteriormente ao primeiro ano datado pelos livros de registro, onde se documentou as entradas e saídas de pacientes do HCAB/PR a partir de então, este hospital já ultrapassava 18 anos de funcionamento – visto sua fundação em 1954. Desconhecidas as razões da inexistência de “livros de registro” correspondentes ao intervalo assinalado, pondera-se a possibilidade dessa instituição ter produzido outros tipos de registros com determinada finalidade. Tal suposição é reforçada com o encontro de um conjunto de pastas com fichas denominadas “movimento de pacientes”, em geral, dos meses de janeiro, julho e dezembro dos anos de 1976 a 1981. Curiosamente, este material se encontrava no “arquivo-morto” citado anteriormente, do qual além desses documentos não se aproveitou muito em relação à expectativa da pesquisa.⁴¹

Ao refletir sobre o uso das fontes na pesquisa histórica e sociológica, Bertolli Filho (1996, p. 173) pontua a necessidade posta para a história social da medicina de superação das temáticas conduzidas pela historiografia médica tradicional, indicando “que, sob uma ótica

⁴⁰ Totalizaram 1.464 fotos para digitalizá-los. Sendo: 196 fotos do primeiro; 204 do segundo, 204 do terceiro, 200 do quarto, 2012 do quinto, 164 do sexto, 204 do sétimo e 80 do oitavo.

⁴¹ Embora carente de uma análise pormenorizada é ligeiramente observado o campo de informação dos diagnósticos de tais fichas preenchidos, em proporção considerável, com a categoria que naquele momento representava o “alcoolismo”. Os espaços que os pacientes eram alocados no interior do hospital – tais como unidades, seções, alas e/ou pavilhões – não constam de maneira explícita nesse documento. O único indício se constitui a partir da observação de que seguidamente ao campo “diagnóstico” está descrito “clínica” e nessa, a maioria das entradas – inclusive as relativas ao “alcoolismo” – repetem a abreviação “psiq.”, da qual se deduz traduzir “clínica psiquiátrica”, ou mesmo, unidades destinadas aos “transtornos mentais” em geral. A percepção de que esse campo de informação denotava a separação de espaços físicos no interior do hospital foi intensificada na medida em que se identificaram, raras vezes, registros com a indicação “tisiologia” – relativo à tuberculose – e “psiq.AD” – provavelmente relativo à unidade de adolescentes. Dessa maneira, supõe-se que naquele momento ainda não funcionava a primeira unidade específica ao “alcoolismo” (o CRA), cujo recorte dessa pesquisa abrange, provavelmente sendo internados sujeitos “alcoolistas” juntamente aos demais pacientes psiquiátricos.

predominantemente ufanista, tem se restringido, na maior parte das vezes, aos enfoques biográficos dos principais expoentes da atividade [...] e do saber médico-epidemiológico”. Nesse sentido, afirma que a expansão do território de pesquisa deve enquadrar em tais análises a trajetória do “homem enfermo como personagem social”, fazendo-o a partir de diversos tipos de documentos institucionais, em especial os prontuários médicos – e especificamente como o caso estudado, os livros de registros. Entretanto, ao apresentar o contexto nacional de uso de tais fontes, o autor enfatiza que,

A ausência de exploração de uma fonte sintetizadora das múltiplas facetas do viver enfermado é um fato que tem encaminhado os historiadores da medicina a vasculhar arquivos na tentativa de localização de núcleos documentais mais consistentes. Há aproximadamente duas décadas tenho partilhado com uma legião de colegas da Academia as dificuldades deste compromisso e de regra todos convergimos para a necessidade de localização de arquivos prontuários como forma de superação do declarado desconhecimento do paciente na perspectiva histórica. Porém, nas raras vezes que esta documentação tem sido encontrada, mostra-se exígua em dados registrados, escassa em número e, mais ainda, restrita temporalmente aos períodos mais recentes, raramente ultrapassando uma década desde que foi produzida. (BERTOLLI FILHO, 1996, p. 173)

Os livros de registro são impressos especificamente para as anotações sobre atividades hospitalares, de medidas grandes (aproximadamente no tamanho de uma folha A3), com 44 linhas para o preenchimento dos seguintes campos de informações relativas às “entradas e saídas” dos pacientes, respectivamente: número do registro; número do prontuário; data de entrada; nome; procedência; filiação; nacionalidade; idade; sexo; cor; estado civil; profissão; data, condição e tipo de alta; categoria; diagnóstico; e, observações. Estes campos estão distribuídos ao longo de duas páginas.

O campo “observações” está dividido manualmente para especificamente duas informações: 1) a “unidade” de internação; 2) primeira internação ou re-internações.

Felizmente, devido à esta iniciativa particular aos processos administrativos da instituição em relação à primeira observação indicada é que, com volumosa documentação em mãos, pude iniciar o levantamento das fontes de pesquisa na análise da relação entre a “dependência química” e o internamento psiquiátrico.

Partindo do pressuposto teórico-metodológico de que “o dado é sempre construído” (BOURDIEU, 1989, p.25), salienta-se que foi a partir daquela anotação adicional que se fez possível identificar os registros de entradas de pacientes internados, especificamente, nas estruturas físicas voltadas ao internamento de “alcoolistas” e “dependentes químicos” que existiram dentro do hospital: nos primeiros anos o CRA – Centro de Recuperação de Alcoolistas; e posteriormente a URA – Unidade de Recuperação de Alcoolistas que, anos depois, denominava-se Unidade de Recuperação de Adictos. A partir dessa anotação direciono o olhar aos diagnósticos, quando aparecem no preenchimento dos livros de registro. Ressalva-se que muitos campos de informação dos livros não são rigorosamente preenchidos, tanto no que diz respeito aos diagnósticos, como em relação a outros campos. Aliado ao fato da qualidade precária da digitalização com os instrumentos dos quais dispunha para a coleta dos dados, podem ocorrer lacunas na análise, as quais são sinalizadas ao longo da descrição.

A análise concentrou-se sobre o tipo de “diagnóstico”, cujos códigos referenciados no preenchimento do documento procedem da penúltima e última revisão do manual intitulado Classificação Internacional de Doenças (CID)⁴². O recorte temporal estabelecido para a análise, isto é, do ano de 1983 a 2012, deve-se diretamente ao que se encontra nos livros, isto é, a partir do momento em que se inicia o preenchimento e arquivamento desse tipo de documento na instituição hospitalar em questão.

E mediante o campo de informação “diagnóstico” observei atentamente as categorias e subcategorias registradas – acompanhado, inclusive, as variações inerentes às transformações das classificações de referência –, suas descrições e, principalmente, a quantificação (e sua variação percentual) e a subsequente análise comparativa ao longo do período analisado. Para ilustrar esses valores avaliou-se pertinente a

⁴² A primeira metade do conjunto de livros de registro em análise é preenchida com referência aos códigos do CID-9, enquanto os demais se enquadram no CID-10, processo correlato às próprias mudanças históricas que as revisões desse manual suscitam.

construção de gráficos, apresentados e descritos ao longo da análise dos dados da pesquisa no quarto capítulo.

3. CONTEXTUALIZANDO O *LOCÚS* DE PESQUISA

3.1 A construção do Hospital Colônia Adauto Botelho/PR e o contexto das políticas nacionais de saúde e assistência psiquiátrica (1940-1950)

O Hospital Colônia Adauto Botelho (HCAB/PR) localizado no estado do Paraná foi fundado em cinco de julho de 1954, na cidade de Piraquara⁴³. Sua construção foi executada em um terreno doado pelo Governo de Estado com distância de 26 quilômetros da capital do estado, a cidade de Curitiba. Foi também, o terceiro hospital psiquiátrico dessa unidade federativa, no entanto, primeiro e único hospital público de tal especialidade. A assistência psiquiátrica no estado do Paraná inicia-se no começo do século XX a partir da fundação de duas instituições filantrópicas vinculadas a grupos religiosos, ambas localizadas em Curitiba (capital). A saber, o “Hospício Nossa Senhora da Luz”, em 1903 e o “Sanatório Bom Retiro”, em 1945.⁴⁴ Ressalta-se que a assistência psiquiátrica no estado do Paraná, tal qual em outros unidades da federação, funcionou majoritariamente via administração de grupos privados financiados por recursos públicos, principalmente no que se refere a abertura da totalidade dos hospitais posteriores aos três primeiros, sobretudo nas décadas de 1970 e 1980 (WADI, 2012).

O momento histórico de criação do HCAB/PR inscreve-se na fase final do segundo governo presidencial de Getúlio Vargas (1951-1954), no qual figura ainda, a política de saúde pública construída na sua primeira gestão de governo (1930-1945), cuja constituição esteve atrelada às articulações de diretrizes internacionais desse contexto histórico-político. Foi criado neste primeiro mandato presidencial, no ano de 1941, o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM). Este incorporou a já existente Divisão de Assistência a Psicopatas (DAP) – de abrangência nacional – e a assistência a psicopatas prestada no estado do Rio de Janeiro, naquele momento sede do Distrito Federal (WADI, CASAGRANDE, 2015). Adauto Botelho, renomado psiquiatra e professor de psiquiatria no Rio de Janeiro, foi o primeiro diretor do SNDM numa prolongada gestão de 13 anos, isto é de 1941 a 1954.

⁴³ Posteriormente, em 1992, devido ao desmembramento do município de Piraquara e a criação do município de Pinhais, o HCAB passou a pertencer a este. Ambas as cidades pertencem à atual região metropolitana de Curitiba.

⁴⁴ Atualmente denominados: Hospital Nossa Senhora da Luz e Hospital Espírita de Psiquiatria Bom Retiro.

Para especialistas, tais estratégias de governo contribuíram para o fortalecimento da formulação de uma política de assistência psiquiátrica de abrangência nacional (VENÂNCIO e CASSILIA, 2010; WADI, 2009; WADI, 2012). Em diferentes estudos⁴⁵ é identificado que a criação do SNDM,

[...] pode ser considerada como parte do esforço de centralização, coordenação e normalização das políticas pelo governo federal e descentralização das ações executivas, relativas especificamente à assistência psiquiátrica, pois àquele serviço cabia a formulação e a coordenação da política assistencial psiquiátrica de âmbito nacional, e aos serviços ou divisões de assistência psiquiátrica dos estados, já existentes ou a serem criados, sua implantação efetiva. (WADI e CASAGRANDE, 2015, p.178)

Mediante um inquérito iniciado em 1937 pelo Departamento Nacional de Saúde (DNS) com o objetivo de avaliar as condições de assistência psiquiátrica no país, ainda no ano de 1941 o SNDM formulou produziu um documento intitulado “Plano Hospitalar Psiquiátrico: sugestões para uma ação supletiva da União” (BRASIL, 1941). Segundo resultados desse inquérito, o Estado do Paraná, Rio Grande do Sul (RS), Pernambuco (PE), São Paulo (SP) e Minas gerais (MG), eram considerados como aqueles que “assistiam e tratavam os doentes mentais por métodos atualizados, fazendo a prevenção das psicopatias e realizando serviços sociais, isto apesar de [no caso do Paraná] contar com uma estrutura pequena de atendimento, ou seja, apenas um hospital” (WADI, 2009 – grifos meus). Considerando que nesse momento, conforme expresso acima, o segundo hospital psiquiátrico desse estado da federação – o Hospital Bom Retiro – ainda não existia.

O referido “Plano Hospitalar Psiquiátrico [...]” propunha medidas a serem desenvolvidas de forma centralizada pela união e descentralização executiva pelos estados. Uma delas era o auxílio técnico da Divisão de Assistência a Psicopatas (DAP) às unidades federativas na elaboração de plantas para a construção das instituições psiquiátricas (hospitais). Apesar de essas ações estarem submetidas às condições econômico-financeiras dos próprios estados, deveriam adotar

⁴⁵ Cf. Wadi (2009); Venancio e Cassilia (2010); Venancio (2011).

também um critério uniforme, o tipo hospital-colônia, avaliado por esta política como uma técnica moderna eficiente e menos dispendiosa. (WADI e CASAGRANDE, 2015).

O ideário dos hospitais-colônias emerge com marcas de uma assistência gestada anos antes – finais do século XIX –, caracterizada pelas chamadas colônias agrícolas, como por exemplo, as experiências das primeiras colônias chamadas São Bento e Conde de Mesquita, inauguradas em 1890 no Rio de Janeiro. Segundo Venâncio (2011, p. 36) sabe-se que o modelo institucional das colônias “foi utilizado no tratamento de diversas doenças, tanto no contexto internacional quanto em nosso país, associado na maioria das vezes ao isolamento dos doentes – como leprosos, tuberculosos –, no intuito de evitar a propagação da doença”. Para Resende (1992, p. 48), a adesão à política de construção de colônias agrícolas no Brasil deve-se ao encontro de ambiente político e ideológico favorável para tal implantação, que “se coadunava com a decantada vocação agrária da sociedade brasileira”. O autor constata ainda que “a maioria dos Estados brasileiros incorporaram colônias agrícolas à sua rede de oferta de serviços, seja em complemento a hospitais tradicionais já existentes, seja como uma opção ou predominante”. (RESENDE, 1992, p.50)

Desde as experiências das colônias de São Bento e Conde de Mesquita, os primeiros anos do século XX foram intensamente marcados por recomendações de diversos psiquiatras brasileiros renomados das formas de isolamento em colônias agrícolas para o tratamento de diferentes especialidades diagnósticas, como por exemplo, de epiléticos (VENÂNCIO, 2011), de alcoolistas (ARANTES, 2008b; ENGEL, 2003; SANTOS e VERANI, 2010), etc. Momento no qual foram também concretizadas algumas dessas proposições, resultando na criação de colônias agrícolas para o tratamento do que à época chamava-se de “psicopatias”, “doenças mentais” em geral.⁴⁶

As colônias agrícolas tinham o propósito de desafogar a superlotação dos grandes hospícios da época⁴⁷, com a transferência de pacientes crônicos e indigentes para o aproveitamento da força de trabalho destes no cultivo da terra. A história da psiquiatria brasileira

⁴⁶ Como por exemplo, a Colônia de Alienados de Vargem Alegre em Barra do Piraí de 1904, Colônia do Engenho de Dentro (para mulheres) de 1911, Colônia de Jacarepaguá em 1923, todas no Rio de Janeiro. (RESENDE, 1992, pp. 49-50)

⁴⁷ Especialmente do Hospício Nacional de Alienados no Rio de Janeiro, visto que as três Colônias Agrícolas supracitadas também se localizavam nesse mesmo estado da federação. (VENANCIO, 2011)

revela que diferentemente destas, a partir da década de 1930 se observa a proliferação de outra “configuração” de instituição psiquiátrica, o hospital-colônia, pois como se constata,

Sem perder de vista as principais características presentes no ideário da colônia agrícola, a instituição foi reorientada em sua missão assistencial. No contexto das políticas públicas para a psiquiatria forjadas a partir do final dos anos de 1930 e concretizadas em boa medida na década seguinte, a Colônia foi sendo transformada em um hospital-colônia. (VENANCIO, 2011, p.38)

Em ambos os momentos da política assistencial brasileira no campo da psiquiatria, isto é, tanto nas propostas das colônias agrícolas quanto neste contexto posterior caracterizado, sobretudo, pela implantação dos hospitais-colônias, visualiza-se a concretização de um ideário terapêutico e estrutural pela via do trabalho e do isolamento. Teses que, apesar de serem difundidas desde o “alienismo”, motivam um campo de debate bastante revisitado, complexo e controverso.

O trabalho agrícola continuava sendo o fio-condutor dos discursos sobre o sucesso das estratégias terapêuticas propostas no modelo de hospital-colônia. Um formato de instituição promovido por Aduino Botelho tanto intelectualmente em suas publicações científicas, quanto nas ações políticas postas em prática quando então diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM).

Entretanto, acrescenta-se à antiga característica da assistência prestada nas colônias agrícolas, a novidade e insistência nas indicações de que o hospital-colônia teria também como alicerce terapêutico, as oficinas de praxiterapia e a assistência hetero-familiar. Mantêm-se também, declarações sobre a primazia destas construções se localizarem fora do perímetro urbano, ou mesmo, afastados dos centros das cidades. Venâncio e Cassilia (2010) afirmam que a estrutura do hospital colônia,

[...] expandia-se nos moldes de um complexo hospital. Ocupava área física considerável e, portanto, nos casos por nós conhecidos, afastado dos núcleos mais urbanizados dos estados, formado por pavilhões e por outras estruturas assistenciais que passavam a incluir o tratamento com modernas técnicas biológicas – como as

psicocirurgias – associadas à praxiterapia voltada para o trabalho agrícola e ao isolamento. (...) Durante a gestão de Adauto Botelho (1941-1954) no SNDM a instituição padrão hospital-colônia foi largamente implantada em diferentes estados brasileiros. (VENANCIO e CASSILIA, 2010, p.63)

Ainda demarcando as diferenças entre dois momentos históricos que geraram formas de instituições distintas, embora a segunda se aparente a uma forma atualizada da primeira, Venâncio (2011) descreve que,

De um lado conservava os investimentos já realizados na colônia agrícola e aquilo que era considerado um de seus principais trunfos: a terapêutica pelo trabalho para os crônicos, que trazia algum retorno orçamentário frente às despesas institucionais. De outro lado se apresentava como uma instituição hospitalar, visando empregar os tratamentos considerados de ponta na época e auxiliar o poder público no sentido de maior resolubilidade, quantitativa e qualitativamente, para o problema da doença mental, incluindo-se a absorção de população já institucionalizada. Tratava-se de um formato institucional inspirado nas colônias agrícolas e, ao mesmo tempo, bastante distinto no que se refere à estrutura física e assistencial. (VENANCIO, 2011, p.49)

Sob severas críticas delineadas sobre o modelo de colônias agrícolas implantado pelas políticas de saúde mental no Brasil, Resende (1992, p.55) declara enfaticamente que tais formas institucionais,

[...] há muito haviam abandonado o trabalho do campo como atividade terapêutica mesmo porque, num país que se industrializava e se urbanizava rapidamente, a reeducação para o trabalho rural tornava-se um anacronismo. Em seu lugar surge, aqui e ali, limitado mesmo a pequenos grupos de pacientes, um arremedo de praxiterapia, constando de atividades monótonas e repetitivas, nas quais o

doente não podia perceber qualquer sentido.
(RESENDE, 1992, p.55)

Mediante alguns estudos publicados foi identificado entre os anos de 1930 e 1956 a fundação de sete hospitais-colônias no Brasil: o Hospital Colônia (para homens) em Barreiros (PE) no ano de 1931, o Hospital Colônia Eronides de Carvalho em Aracaju (CE) no ano de 1940, o Hospital Colônia Santa Ana em Florianópolis (SC) no ano de 1942, dois Hospitais Colônias Adauto Botelho, um em Aracaju (SE) e outro em Vitória (ES) no ano de 1954. (RESENDE, 1992); também, no ano de 1954, foi inaugurado o Hospital Colônia Adauto Botelho em Piraquara (PR) (WADI, 2009); e, em 1956, o Hospital Colônia Portugal Ramalho em Maceió (AL). (CAVALCANTI, 2005)

Ao analisar o documento produzido pelo SNDM intitulado “Noticiário: realizações do Serviço Nacional de Doenças Mentais” de 1955⁴⁸, Venancio (2011) revela que em diversos estados brasileiros o padrão “hospital-colônia” foi amplamente instituído, verificando que,

[...] 14 de vinte unidades federativas (incluindo-se o Distrito Federal) foram contempladas com a construção ou ampliação de hospital-colônia ou colônia. Para os outros seis estados – Amazonas, Pará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Bahia e Paraná – é mencionada apenas a construção de hospitais ou de novos pavilhões no interior dessas instituições. (VENANCIO, 2011, p.46)

O período da administração de Adauto Botelho no Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), de 1941 a 1954, foi caracterizado pela propagação de hospitais públicos no campo da psiquiatria. O decreto-lei 8.550 de três de janeiro de 1946 corroborou o ideal de expansão dos hospitais psiquiátricos de natureza jurídica pública baseados no modelo sugerido pelo plano hospitalar de 1941 corroborando a já anunciada relação colaborativa entre o governo federal e os poderes estaduais, os quais “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”. (PAULIN e TURATO, 2004, p. 243) Ocasionalmente, foi observado que diversas unidades

⁴⁸ Conservado em Arquivos do Serviço Nacional de Doenças Mentais, Rio de Janeiro, v.4, n.4, 1955.

federativas “criaram seus nosocômios com características de hospitais-colônias. Muitos deles eram extremamente precários ou distantes dos centros urbanos”. (Idem, p. 244)

O início da edificação do Hospital Colônia Adauto Botelho em 1947 representou a consolidação da política de assistência sugerida no contexto descrito acima. A construção do HCAB/PR do tipo pavilhonar “em espinha de peixe” (PARANÁ-HCAB, 1955, f. 27)⁴⁹, projetada para receber 350 internos em 2.123 m² de área construída foi finalizada somente em 1951. Contudo, devido à interferência do SNDM – que denunciava a falta de material necessário para o funcionamento do hospital – sua abertura só ocorreu em 1954. Seu nome foi dado em homenagem ao psiquiatra e professor de psiquiatria Adauto Botelho, que como já referido, naquele momento ocupava também o cargo de diretor do SNDM.⁵⁰ Naquele momento, conforme exigência legal do Decreto federal n. 24.559 de três de julho de 1934, o cargo da direção do HCAB/PR deveria ser ocupado exclusivamente por um profissional da medicina. Assim, sua primeira gestão foi exercida pelo médico psiquiatra Arnaldo Gilberti, representante do Ministério da Saúde que a convite do então diretor do SNDM deslocou-se ao estado do Paraná incumbido de liderar a implantação do primeiro ambulatório psiquiátrico de Curitiba, em 1944 (WADI, 2012).

Considerando a fundação desse ambulatório o princípio de uma rede de assistência psiquiátrica pública no Paraná e o depoimento de Fernandes Junior (1987), que no final dessa mesma década, a criação do Departamento Estadual de Higiene Mental e de Assistência a Psicopatas teria o intento de prestar assistência especializada à uma população sem o mínimo de recursos públicos para a assistência desta especialidade, a construção do HCAB/PR se constituía para a opinião pública em geral, a principal ação à desfazer tal insuficiência.

3.2 Contrastes entre o cotidiano institucional do HCAB/PR e as políticas públicas preconizadas (1954-1988)

Em continuidade a esta breve contextualização histórica sobre a fundação da instituição pesquisada, alguns elementos relativos ao cotidiano institucional serão analisados em contraste às recomendações feitas pelas políticas públicas do contexto de sua criação, conforme

⁴⁹ Cf. Anexo 1

⁵⁰ Como ressaltado em nota anterior, no ano de 1954 mais dois hospitais colônias foram inaugurados no Brasil sob o nome de “Adauto Botelho”.

exposto acima. Mediante está análise evidenciam-se no decorrer dos primeiros 30 anos de existência deste hospital limitações e distanciamentos ao que foi preconizado pelas políticas públicas e órgãos competentes à época de sua criação, sobre as quais se reflete adiante.

De acordo com seu primeiro Regimento Interno publicado anexo ao relatório da direção em 1955, o HCAB reservava seu atendimento ao tratamento de homens e mulheres “doentes mentais” de quaisquer nacionalidade, cor e religião, sendo adultos ou crianças. Conforme padrões de uma estrutura clínico-hospitalar, dispunha de serviços complementares, como Farmácia, Laboratório, Gabinete Dentário, Radiografia, Serviço Cirúrgico, além da Assistência Religiosa e da superestimada estratégia terapêutica via o Serviço de Praxiterapia. (PARANÁ-HCAB, 1955, f. 1)

O serviço de “praxiterapia” ou “laborterapia”⁵¹ funcionava a partir de pequenas atividades agrícolas e industriais, como também, da demanda relativa à manutenção da estrutura física e demais ações de subsistência do hospital. Mediante análise do já mencionado conjunto de relatórios da direção sobre os quatro primeiros anos de funcionamento deste hospital (1954-1958)⁵², foram obtidos elementos para compreender alguns aspectos que se avaliam importantes sobre as oficinas do chamado serviço de praxiterapia.

Apesar dos relatos orais recolhidos aleatoriamente em pesquisa de campo sobre a extinção desse serviço, não foi possível precisar a data da decaída de tais práticas, que outrora inteiravam as propostas relativas às medidas terapêuticas do hospital-colônia. Os diversos documentos institucionais levantados durante a execução da pesquisa somados aos relatos de alguns funcionários, ainda que informais e sem precisão de datas, indicam que o serviço de praxiterapia da forma como proposto em

⁵¹ Termos como Praxiterapia ou Laborterapia, juntamente com ergoterapia ou terapia pelo trabalho eram outrora utilizados pela medicina para designar o que atualmente se conhece por Terapia Ocupacional. São conceitos que possuem certa similaridade e que, no Brasil, posteriormente à segunda metade do século XX com a criação e regulamentação do curso e da profissão de Terapia Ocupacional, foram substituídos por este. (SOARES, 2007)

⁵² Cf. PARANÁ-HCAB, “Relatórios do HCAB”, Piraquara, jan./dez. 1955. Piraquara: HCAB, Caderno 1; PARANÁ-HCAB, “Relatórios do HCAB”, Piraquara, jan./dez. 1956. Piraquara: HCAB, Caderno 2; PARANÁ-HCAB, “Relatórios do HCAB”, Piraquara, jan./dez. 1957. Piraquara: HCAB, Caderno 3; PARANÁ-HCAB, “Relatórios do HCAB”, Piraquara, jan./abr. 1958. Piraquara: HCAB, Caderno 4.

seu primeiro regulamento e pelas políticas públicas vigentes no contexto de sua criação, foi exercido aproximadamente até a década de 1980.

Transversalmente ao interesse central em traçar um breve histórico sobre as diferentes configurações das práticas e clientela do HCAB/PR desde sua fundação até a contemporaneidade, constata-se que as oficinas de praxiterapia reproduziam uma divisão por sexo/gênero.

Enquanto que pacientes homens executavam atividades de colchoaria, sapataria, carpintaria, fabrico de brinquedos, oficina mecânica, jardinagem, pomar, horta, criações e limpeza externa⁵³, podendo ser enquadradas em uma “esfera pública” sendo possível percorrer os espaços externos das alas do hospital, às mulheres ficavam reservadas as atividades relativas ao que se reconhece constituinte da “esfera privada”, tais como, costura, lavanderia, cozinha, crochê e serviços de limpeza e organização interna⁵⁴.

Nota-se que o estudo sobre o HCBA/PR corrobora os resultados obtidos em investigação clássica da história da psiquiatria no Brasil, especialmente sobre o Hospício do Juquery/SP, de que “Para elas, a reclusão do trabalho doméstico, encerrado entre as paredes daquela ‘casa’ coletiva. A agulha, o fogão, a sala de trabalhos manuais, espaços fechados condizentes com a idéia de normalidade da condição feminina”. (CUNHA, 1986, p.89)

Em publicação posterior, assinalando a importância em fazer proposições ainda que incipientes sobre a história social das mulheres e da opressão feminina, a mesma autora afirma que “episódios asilares reforçam a hipótese de que estas concepções não podem ser reduzidas a um mero discurso científico, revelando o quando a noção desta diferença natural e básica entre os sexos está arraigada nas práticas sociais”. (CUNHA, 1989, p. 127)

Concentrando-se novamente no ponto de maior relevância para esta análise sobre o serviço de praxiterapia no HCAB/PR, é observado um distanciamento entre as práticas cotidianas e o preconizado por cientistas e representantes políticos que o conceberam. Embora aclamado pela imprensa e governo local à época de sua criação, logo anunciou um clássico problema dos hospitais psiquiátricos: a superlotação e insuficiência de recursos materiais e humanos no que diz respeito à efetivação das ações recomendadas.

Concernente aos sete primeiros meses de funcionamento do hospital – junho de 1954 a janeiro de 1955 – o primeiro relatório da

⁵³ Cf. Anexo 2.

⁵⁴ Cf. Anexo 3.

direção já sinalizava a escassez de recursos materiais, resultando consequentemente em danos ao serviço de praxiterapia, estando naquele momento reduzido às atividades de subsistência básica, como ajardinamento, carpintaria, limpeza, serviços de cozinha, consertos de roupas, lavanderia e fabrico de cigarros.

Já no trimestre seguinte, início de 1955, somando-se ao que já vinha sendo desenvolvido houve a implantação de novas secções de praxiterapia, como o fabrico de colchões e sapataria. No segundo trimestre desse mesmo ano, alguns internos foram encarregados de trabalhar no reparo das estradas e secções como a costura, carpintaria, colchoaria e sapataria apresentaram produtividade reduzida devido à insuficiência de material.

Entretanto, foi nesse período que ocorreu o primeiro – e até o último relatório em 1958, único – despacho do Diretor do Departamento de Higiene Mental, autorizando a direção do HCAB/PR a realizar o pagamento aos internados que prestaram serviços ao hospital, conforme o artigo 27 das disposições gerais do Regimento Interno, que determina uma espécie de “sistema” de gratificação no serviço de praxiterapia. As regras desse sistema indicavam que haveria uma gratificação para os internos que realizassem trabalhos vinculados à este serviço, estabelecendo que 50% do total desta seria entregue ao doente (em dinheiro ou prêmio) e os 50% restantes ficariam em caixa (como pecúlio de reserva) até a alta do paciente. Contudo, como visto acima, nos quatro primeiros anos do HCAB ocorreu apenas um despacho de pagamento aos internos, conforme previsto no regimento sobre o serviço de praxiterapia. (WADI e CASAGRANDE, 2011b)

Nos relatórios que se seguem até o final do período analisado – 1958 – é evidente as revelações de constantes carências materiais para o funcionamento efetivo da praxiterapia, bem como, as solicitações do pagamento aos internos de acordo com o sistema de gratificação. No decorrer dos anos, declaram-se severas reiteraões desta urgência reivindicada.

Destaca-se que, segundo os dirigentes responsáveis pelos relatórios, no mês de julho de 1957 havia uma grande parcela de pacientes que mesmo em condição de alta, recusavam a saída sem antes tomarem posse do pecúlio de reserva referente aos serviços prestados, que naquele momento acumulavam-se desde o início das atividades do hospital em uma dívida de 80.000 cruzeiros. A partir de tais dados, deduz-se que o fato de existirem pacientes internados, ainda que em condição de alta médica, tenha sido um fator importante para a constituição do clássico problema da superlotação que este, bem como

outros hospitais psiquiátricos, vinha a sofrer. (WADI e CASAGRANDE, 2011b)

Evidentemente, este fato não se apresenta como determinante do excedente de pessoas internadas em relação à capacidade máxima de leitos do hospital. Soma-se a este agravante, do qual não se mensura a intensidade em relação ao problema em geral, a dinâmica da alta demanda por internações e uma estatística que expressa nitidamente mais entradas do que saídas de pacientes.

Uma vez verificado que em apenas dois meses de funcionamento este hospital já ultrapassava seu limite de 350 leitos – mantendo 371 internos –, compreende-se que o problema da superlotação do HCAB/PR desde princípios de sua criação estaria intrinsecamente relacionado àquilo que se apresentava discursivamente por diferentes sujeitos (dirigentes, administradores, líderes políticos, etc): a alta demanda por internações.

Apesar de não possuir evidências que permitam afirmar os motivos geradores da alegada alta demanda, supõe-se que este problema enfrentado pelas diferentes instituições psiquiátricas devia-se em grande medida ao modelo ideológico-prático vigente à época, o qual atribuía ao hospital psiquiátrico a qualidade de alternativa preferencial – e de certa forma, única – de tratamento do se conhecia por “doenças mentais”.

Posteriormente registrou-se um contínuo aumento do número de entradas, chegando ao mês de agosto de 1955 com 456 pessoas internadas. A partir desse momento, segundo o relatório do mês de setembro deste mesmo ano, iniciou-se um processo de restrição máxima de novos internamentos que, comprovadamente resultou em um declínio do número de pacientes no computo total da lotação do HCAB/PR. Não obstante, no ano seguinte é visualizado novamente um aumento de internações, totalizando 475 internos no mês de dezembro de 1956. Findando o período de quase quatro anos de existência, o HCAB/PR chegou a abrigar 906 internos em fevereiro de 1958. (WADI e CASAGRANDE, 2011b)

Resende (1992, p. 54 – grifos meus) referenciando-se ao HCAB/PR apesar de não nomeá-lo, descreve que ao fim da década de 50 “[...] a situação era caótica: [...] os hospitais colônias de Curitiba e Florianópolis, de construção relativamente recente, já atingiam, cada um, a casa dos 800 pacientes, sem que suas instalações comportassem a metade dessa cifra”.

Das poucas informações relativas à década de 1960, destaca-se que no décimo segundo ano de funcionamento desse hospital (1966), em mensagem à Assembléia Legislativa do estado do Paraná o então

governador Sr. Paulo Pimentel “afirmava que o hospital encontrava-se em estado de precariedade, devido à superlotação e a falta de recursos a ele destinados”. E que, além de receberem um número maior de doentes procedentes de outras unidades federativas a despeito daqueles originários do Paraná, o problema da superlotação atrelava-se ainda ao fato de receberem para internações “pessoas acometidas de doenças diversas, com problemas neurológicos ou mesmo deficiências físicas, além de andarilhos, presos políticos, delinquentes de todos os tipos, inclusive menores”. (WADI, 2012, p. 44)

Sobre este momento histórico do HCAB/PR, a autora sublinha que,

Num cenário de condições físicas precárias, com número insuficiente de funcionários, faltavam camas, roupas e remédios, base do tratamento. Eram utilizados tranqüilizantes, anticonvulsivos e, em casos considerados de difícil resolução, eletrochoques e neurocirurgias. Os pacientes mais agitados eram colocados em cubículos (celas fortes), como medida de contenção. Muitas pessoas que ingressavam na instituição eram abandonadas por suas famílias, tornando-se seus moradores. (WADI, pp.44-45)

Supõe-se que o fato de haver, conforme indicado pelas estatísticas anunciadas, mais entradas do que saídas de pacientes no HCAB/PR decorriam também dos casos de internos que permaneciam por longos períodos de tempo hospitalizados. Estes internos são geralmente nomeados nos hospitais psiquiátricos de pacientes “moradores” e/ou “asilares”, o que contemporaneamente se conhece por “pacientes de longa permanência”.

Muitos deles eram abandonados por seus familiares, ou mesmo, chegavam sem nenhuma identificação por meio da polícia em atendimento de urgência, por ordens judiciais ou demais formas de encaminhamento.⁵⁵ Mesmo que em números bastante inferiores ao encontrado em torno de dez anos atrás, no momento da presente pesquisa havia ainda 20 pacientes de longa permanência alocados no

⁵⁵ Interessante ressaltar-se em relação à forma de registros desses casos, eram considerados “ignorados” e, geralmente os funcionários do hospital designavam um nome fictício, os quais nos livros de registros constam um “Ig” ante a denominação escolhida.

que atualmente se conhece no HCAB/PR por “unidade assistida”.⁵⁶ Em sua totalidade, apresentam sinais de cronificação e possuem uma média de 8 a 30 anos de hospitalização conforme relatado por funcionários atuais.

A ampla literatura sobre o movimento de Reforma Psiquiátrica demarca a incipiência deste movimento social a partir da década de 1970, mais especificamente com o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) em 1978. Este, reconhecido como um coletivo organizado no Rio de Janeiro manifestou um conjunto de críticas ao modelo psiquiátrico clássico e suas práticas institucionais, e que “para além de seu papel explicitamente médico-terapêutico, o MTSM constrói um pensamento crítico no campo da saúde mental que permite visualizar uma possibilidade de inversão deste modelo a partir do conceito de desinstitucionalização” (AMARANTE, 1995b, p. 492).

Identificam-se reverberações desse contexto crítico no HCAB/PR com mudanças ocorridas ao longo dessa mesma década, como por exemplo, o programa “Humanização do Ser”, a extinção de práticas como o eletrochoque e a utilização de cubículos (celas fortes) e, a gradativa diminuição de internos. No decorrer da década de 1980 foram contratados novos funcionários e profissionais de áreas diversas da saúde e implementado o projeto “Mutirão”, que articulado em grande medida por assistentes sociais do hospital em conjunto com demais funcionários, prefeituras municipais, unidades de saúde e comunidade, atuou no sentido da desinstitucionalização/desospitalização de grande parcela dos internos. (WADI, 2012) No entanto, a interpretação de um levantamento das condições desta instituição publicado no documento intitulado “Estudos e Propostas para o Hospital Colônia Aduato Botelho”⁵⁷, cuja produção procedeu-se a partir da leitura de diagnósticos

⁵⁶Posteriormente às legislações da chamada Reforma Psiquiátrica, o HCAB/PR passou por diversas transformações e programas de desinstitucionalização/desospitalização de uma parcela significativa dos ditos pacientes de longa permanência.

⁵⁷ Embora este documento não esteja originalmente datado, em seu preâmbulo consta o nome do diretor que o expediu, Sr. Dr. Nelson Mendes. Outro documento recolhido em pesquisa de campo, o qual lista as gestões da direção do HCAB/PR, suas datas e seus respectivos representantes, indica que a gestão deste diretor foi de 31/08/1987 a 07/03/1988. Anexo ao documento “Estudos e propostas...”, alguns gráficos e tabelas exibem dados comparativos entre os anos de 1983 e 1988. Alguns deles contêm datas precisas, como por exemplo, agosto de 1988. Logo, presume-se uma data aproximada da fonte referida, isto é, o ano 1988, sendo referenciado ao longo do texto por [1988?]. Neste também não há

realizada na gestão da direção entre os anos de 1987 a 1988, apresenta inúmeras apreciações contraproducentes ao objetivo preconizado à época de sua criação, especificamente em relação ao ideário da modalidade “hospital-colônia”.

Além disso, aponta que apesar dos primeiros movimentos de desospitalização conforme informado acima, aquele momento representaria em certo grau, o início de um longo e, aparentemente, interminável processo de desinstitucionalização dos seus pacientes de longa permanência (asilares e/ou moradores). Literalmente, expressa que:

Ao nosso ver o nome de hospital-colônia, representa no presente [1988] apenas uma lembrança do que deve ter sido algum dia no passado e uma mera localização geográfica rural nos dias de hoje, apesar de aproximadamente 23 alqueires de terreno disponível. Sua principal finalidade de hospital psiquiátrico está tão seriamente comprometida, que o Sr Diretor e funcionários se perguntam aos responsáveis mantenedores: “Afinal, qual é a finalidade do HCAB: asilo ou hospital psiquiátrico?” (PARANÁ-HCAB, [1988?], f. 1)

Adiante, o documento reforça que o HCAB/PR possuía uma imagem pública negativa, salientando que uma amostra de frases de diversos interlocutores recolhidas ao acaso, as quais eram acompanhadas frequentemente de “uma exclamação”, “um franzimento de testa” ou demais expressões que sugeriam “causas perdidas”, “demonstra que o HCAB tem descrédito generalizado por praticamente todos os profissionais ligados à Saúde Mental na esfera pública e privada”. Um conjunto conceitual reforçado pelas condições da época descrita, a partir da qual se constata que “no Adauto se internam os pacientes sem prognóstico favorável de ressocialização e reassimilação pela família, [fato que] fazem dele um grande ‘depósito de rejeitados’ ou mais suavemente denominado: asilo”. (PARANÁ-HCAB, [1988?], f. 2)

A análise desta direção acerca dos fatores impeditivos da proposta do HCAB/PR desempenhar a função de um hospital psiquiátrico – em contraposição com a noção de um hospital de crônicos

– destacou, sobretudo, a distância física do centro da cidade associada ao difícil acesso por meio de transporte público metropolitano, motivo que comprometia as visitas dos familiares de internos, considerada como “a condição primeira de tratamento e ressocialização”. (PARANÁ-HCAB, [1988?], f. 7)

Nesse sentido, Resende (1992, p. 52) corrobora que no Brasil, de modo geral, “situados geograficamente a centenas de quilômetros” e,

Malogradas as intenções de recuperação do doente contidas nas propostas de seus criadores [...] restava ao hospital agrícola ater-se à única função que já caracterizava a assistência ao alienado, no país, desde a sua criação; a de excluir o doente de seu convívio social e, a propósito de lhe proporcionar espaço e liberdade, escondê-los dos olhos da sociedade.

O documento de 1988 afirma que a configuração do HCAB/PR como um “hospital de enjeitados”, ou mesmo como um “grande depósito de rejeitados” constituía-se por meio de “duas situações semelhantes no seu efeito, porém diferentes na sua gênese”, a saber, o “asilamento” e a “cronificação”. (PARANÁ-HCAB, [1988?], f. 2)

Concernente ao problema identificado como asilamento, os índices desse relatório apontam que do total de internos, 52,6% era composto de “abandonados” e 15,8% de “rejeitados”. De tal modo é explícito que 68,4% dos pacientes naquele momento “vivem e provavelmente viverão até suas mortes, naquele ‘hospital psiquiátrico’”. É constatado ainda, que 36,4% dos pacientes contavam com um tempo superior à cinco anos de internamento. (PARANÁ-HCAB, [1988?], f. 2)

De acordo com esta mesma fonte, a questão da cronificação estava condicionada às internações de longa permanência e à existência de quadros clínicos irreversíveis, tais como, paralisia cerebral e algumas formas de esquizofrenias ou psicoses crônicas, conforme era apresentado por relatos verbais de “terapeutas do hospital”. É ainda advertido que devido à falta de atividades ofertadas pela instituição e de “pessoal especializado, treinado e disponível, os pacientes vivem dias, plenos de ócio [...] o que contribui para uma tendência medicamentosa dos internos, gerando dependência da droga e agravando ainda mais suas condições de pacientes crônicos”. (PARANÁ-HCAB, [1988?], f. 3)

São também enumeradas questões que definem a chamada “defasagem do quadro de funcionários”, como por exemplo: os pedidos

de transferência e demissões não repostos; o fato de existirem 35 dos 121 atendentes afastados “sem condições de trabalho” por estarem com comprometimento psiquiátrico – inclusive com dependência de medicamentos, cuja alegação é de ingerirem as drogas destinadas ao tratamento de pacientes; número de profissionais de nível superior defasado; falta de equipe multidisciplinar em todas as unidades⁵⁸ e no HCAB “como um todo”⁵⁹; a falta de reciclagem e treinamento; baixa remuneração; carga horária dos serviços auxiliares elevada para o tipo de atividade exercida – 12 horas em contato direto com o paciente psiquiátrico; falta de apoio para psicoterapia ou para análise de controle dos funcionários; e o elevado “desejo por transferências”. (PARANÁ-HCAB, [1988?], f. 3-4-5)

Anexo a este documento redigido em nome da Direção, dados estatísticos divulgados pelo Departamento Pessoal da instituição – ilustrados em gráficos e tabelas – apresentam elementos para uma análise comparativa sobre o perfil da clientela do HCAB/PR entre os anos de 1983 a 1988.

Compreende-se que a constatação levantada anteriormente sobre o problema do “asilamento” de pacientes é corroborada com informações sobre: o “tempo de internamento”, a “situação familiar” e a “procedência” dos internos.

Conforme a “Tabela 4 – Distribuição segundo Tempo de Internamento por Sexo, ano 1988 – HCAB” é demonstrado que de 316 pacientes, a maioria (30%) estavam internados por um período entre 60 e 360 dias, 24% entre um a cinco anos, 20% entre 0 a 60 dias, 13% entre cinco a dez anos, 7% entre dez a quinze anos e 6% com um período maior que 15 anos (PARANÁ-HCAB, [1988?], f. 16).

De acordo com a “Tabela 5 – Distribuição por porcentagem segundo Situação Familiar, anos 1983 e 1988 – HCAB” evidencia-se que em ambos os anos, pacientes descritos como “sem família” representava mais da metade do total, isto é, 64% e 66% respectivamente. (PARANÁ-HCAB, [1988?], f. 18)

As taxas apresentadas na “Tabela 9 – Distribuição segundo Local de procedência por macro-regiões administrativas do Paraná e

⁵⁸ Sendo descrito como necessário para a composição desta equipe os seguintes profissionais: um psiquiatra, um psicólogo, um terapeuta ocupacional, um assistente social e um enfermeiro. (PARANÁ-HCAB, [1988?], f. 3)

⁵⁹ Além dos profissionais supracitados deveria incluir também: um fisioterapeuta, um dentista, um técnico em educação física, um fonoaudiólogo e um nutricionista. (PARANÁ-HCAB, [1988?], f. 4)

outros Estados, 1988 – HCAB” evidenciam nitidamente que neste ano havia 38% dos seus internos com procedência “ignorada”, sendo o restante, 55% provenientes do estado do Paraná e 6% de outras unidades federativas. (PARANÁ-HCAB, [1988?], f. 23)

Ressaltam-se ainda algumas informações consideradas relevantes para a apreciação de mudanças ocorridas no perfil da clientela do HCAB durante o período descrito por este documento, tais como a diminuição do número de pacientes no computo total – de 405 internos em 1983, para 316 em 1988 – e a mudança das faixas etárias prevalentes e dos tipos de diagnósticos.

Em relação à distribuição segundo as idades dos pacientes no “Gráfico I – Distribuição segundo Faixa Etária. Anos 1983 e 1988 – HCAB” é visto que: em 1983 prevaleciam internos entre 25 e 45 anos (47%), seguido dos que se enquadravam no corte etário de 0 a 25 anos (28%) e por fim, a parcela com idade superior a 45 anos correspondia à 23%; por outro lado, em 1988 a taxa de internos entre 25 a 45 anos aumentou e continuou predominante (58%), porém, o corte de 0 a 25 anos decresceu significativamente para 12% ocupando a terceira classificação, ao mesmo tempo em que evidencia-se o aumento de internos com mais de 45 anos, representando naquele momento a segunda faixa etária prevalente (29%). (PARANÁ-HCAB, [1988?], f. 15)

Além da contextualização generalizada sobre as condições estruturais do HCAB/PR apresentada neste documento, releva-se que os dados divulgados na “Tabela 2 – Distribuição por Categorias Diagnósticas Abril/1983 e Agosto/1988, HCAB” confluem com um dos objetivos principais da presente pesquisa, a descrição e análise dos tipos de diagnósticos mais frequentes neste hospital ao longo de sua história.

Dito de outra maneira, é exclusivamente esta parte do documento analisado na íntegra que favorece elementos para a compreensão do movimento de pacientes “portadores de transtornos mentais” em relação aos pacientes “alcoolistas”/“dependentes químicos”. Possibilitando assim, demarcar o início das transformações relativas ao perfil “diagnóstico” da população do HCAB/PR ao longo do recorte temporal definido (1983-2012).⁶⁰

⁶⁰ Considerando que a fonte aqui analisada é produção do próprio hospital, ressalta-se que estas foram apropriadas de forma secundária e ponderadas como um elemento de contextualização histórica do HCBA/PR bem como de suas unidades de tratamento específico do “alcoolicismo” e “dependência química”. Nota-se que os dados são apresentados nesta parte do texto como exceção à

A tabela citada demonstra que em ambos os anos observados – 1983 e 1988 – a maioria dos internamentos derivava dos diagnósticos de “psicoses endógenas”, representando 60% dos casos no primeiro momento e 58% no segundo. Em segundo lugar estavam os internamentos decorrentes de “psicoses orgânicas”, correspondendo consecutivamente aos dois anos analisados, 24% e 25%. Já a categoria diagnóstica que ocupava a terceira classificação naquele período era a chamada “dependências”, a qual motivava 8% dos internamentos psiquiátricos no HCAB/PR em 1983 e 11% deles em 1988. (PARANÁ-HCAB, [1988?], f. 13).

Percebe-se assim, que das três classificações divulgadas pelo documento, o diagnóstico de “dependências” é aquele que se amplia de maneira mais expressiva neste íterim. Enquanto que as “psicoses endógenas” decaíram em 2%, as “psicoses orgânicas” aumentaram em 1% e as “dependências” representaram um crescimento de 3%. Dessa forma, percebe-se que já nesse momento o diagnóstico das ditas “dependências químicas” progride em relação aos demais diagnósticos psiquiátricos.

Embora no cômputo total de internamentos as ditas “dependências” apareçam como terceira causa preponderante, os dados descrito pormenorizadamente na “Tabela 1 – Distribuição em Categorias Diagnósticas segundo CID 9, por Sexo. Agosto/1988 – HCAB” evidenciam que, especificamente entre a população masculina do hospital o diagnóstico de “dependências” disputava com o diagnóstico de “demências”, posição de segunda Causa mais freqüente de internamentos. (PARANÁ-HCAB, [1988?], f. 12).

Fazendo um cotejamento com a tabela de diagnósticos divulgada no relatório do ano de 1955, é possível observar que as chamadas “dependência” – naquele momento correspondente estritamente ao diagnóstico de “alcoolismo” – aparecem como segunda causa mais corriqueira de internamento de homens no HCAB.⁶¹

Nesse sentido, demonstra-se que o internamento psiquiátrico dos ditos “dependentes químicos” – seja pelo consumo de “álcool” ou das diferenciadas “outras drogas” – é uma expressão antiga da

análise empírica do conjunto de Livros de Registro – com descrição numérica realizada pela autora –, conforme exposto no capítulo seguinte como fonte principal da pesquisa. Salienta-se ainda, que não foram encontrados dados estatísticos sobre os diagnósticos relativos ao intervalo dos 30 anos entre a época de fundação desse hospital até a década de 1980.

⁶¹ Cf. PARANÁ-HCAB, 1955, f. 40.

assistência de saúde ofertada à “alcoolistas” e “dependentes químicos” no Brasil.

Assim, se o chamado “alcooolismo” há muito tempo já se caracterizava como motivo de internação psiquiátrica, a novidade que se apresenta atualmente refere-se à uma significativa modificação dos tipos de diagnósticos relativos ao uso de substâncias psicoativas, registrados nas entradas de pacientes encaminhados para os dois espaços físicos outrora existentes dentro do HCAB/PR, para o tratamento exclusivo de sujeitos com tais diagnósticos.

Destaca-se que é particularmente deste modelo institucional da assistência psiquiátrica – conhecidamente, hospitais psiquiátricos – que o presente estudo propõe indagações relativas à trajetória do internamento de “alcoolistas” e “dependentes químicos”. Evidenciando assim, as condições de emergência e transformação de tais práticas, a partir das quais se observa, de certo modo, uma reconfiguração dos mecanismos disciplinares figurados pelo hospital psiquiátrico na contemporaneidade.

Um lugar social que, apesar de inúmeras transformações amparadas por legislações da Reforma Psiquiátrica, sua atuação central continua sendo o encerramento, ou mesmo, a internação integral de seus pacientes, implicando conseqüentemente na privação da liberdade individual dos sujeitos acometidos pelos diagnósticos psiquiátricos alegados.

Como visto uma instituição de grande contingente populacional que teve sua história marcada por diferentes questões conflitantes e em desconformidade com as condutas de assistência psiquiátrica acordadas nas políticas públicas que sustentaram sua concepção, como por exemplo, seus limites de capacidade física extrapolados e a constante deficiência de recursos humanos e materiais para a concretização de suas propostas terapêuticas. Sendo muitas vezes descrito por diferentes representantes institucionais em variados documentos históricos coletados, como um “modelo de atendimento de cunho asilar em sua essência” (PARANÁ-HCAB, [198?], f. 1), ou mesmo, um “hospital de enfeitados” e até um “grande depósito de rejeitados”. (PARANÁ-HCAB, [1988?], f. 2)

Coincidentemente, o primeiro “livro de registro” que compõe o conjunto das fontes principais da presente pesquisa tem seus registros iniciados exatamente no ano de 1983 e findado ao ano de 1988, tal qual o período de produção do documento acima analisado.

Ressalta-se que é nesse contexto do fracasso das práticas da praxiterapia – prerrogativa central da proposta de criação do HCAB/PR

– somado ao problema da superlotação, de escassez de recursos materiais e humanos, afastamento geográfico, entre outros, são traços constitutivos de uma estrutura clássica do que se conhece por um hospital psiquiátrico, ou mesmo, os antigos hospícios e/ou manicômios.

E é especialmente nesse tipo de instituição psiquiátrica – o hospital – que volto minha análise sobre o tema da “dependência química”, revelando dados que corroboram uma mudança significativa do tipo de clientela e dos diagnósticos que a compõem, exclusivamente nos anos entre 19983 e 2012.

3.3 O CRA e a URA: lugares para a internação de “dependentes químicos” no interior do HCAB/PR

No decorrer da pesquisa tomou-se conhecimento da existência de dois espaços físicos direcionados exclusivamente ao internamento de “alcoolistas” e “dependentes químicos” no HCAB/PR ao longo de sua existência.

Inicialmente funcionou anexo a este hospital a subestrutura nomeada Centro de Recuperação de Alcoolistas (CRA). Em virtude de sua ordem de inscrição no tempo não foi possível identificar a época de sua criação.

A partir de relatos orais de uma funcionária de cargo administrativo em uma das primeiras visitas ao campo, obteve-se a primeira informação sobre a experiência desse centro de internamento de “alcoolistas”. Num encontro informal na cozinha da direção, ao saber do interesse da pesquisa – concernente ao tratamento da “dependência química” naquele hospital – esta informante relatou sumariamente a história deste primeiro espaço para o encaminhamento específico de pacientes diagnosticados por “alcoolicismo” no HCAB/PR.

Um único documento institucional encontrado durante a coleta de dados que versa sobre o CRA, redigido provavelmente durante a década de 1980, no primeiro tópico chamado de “Introdução” refere-se sumariamente à este, caracterizando-o como uma das quatro “subestruturas” existentes naquele momento – as demais eram o Pavilhão Aluízio França (infantil), a pensão protegida e a praxiterapia –, além dos 16 pavilhões de internamento que compunham o corpo do hospital.⁶² (PARANÁ-HCAB, [198?], f. 1)

⁶² A aproximação da data deste documento, intitulado “HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO – H.C.A.B”, deve-se ao fato deste ser encontrado em

Na condição de uma subestrutura circunscrevia-se fora do terreno do hospital, mais especificamente, funcionava em um prédio localizado à frente do portão de entrada do HCAB/PR, espaço atualmente utilizado como um almoxarifado.

O fato de se localizar no exterior dos limites do terreno do hospital é considerado pela informante citada como um dos motivos que possivelmente influenciou o fechamento da estrutura. Pois próximo ao prédio do CRA localizava-se um estabelecimento comercial de comidas e bebidas – popularmente conhecido como “mercearia”, “lanchonete” ou “venda” – o qual se encontra atualmente em funcionamento, e segundo seu relato, muitos pacientes se deslocavam do CRA até este comércio local para o consumo de bebidas alcoólicas.

Se por um lado não é possível demarcar quando se iniciou as atividades do CRA, é verificável por outro, a aproximação da data de sua extinção, isto é, em torno de 1985.

Somente no preenchimento do primeiro livro de registro analisado, correspondente aos anos de 1983 a 1987 é observado anotações da sigla CRA no campo de preenchimento que remetia à unidade de internamento. Destaca-se que o primeiro registro do livro refere-se ao CRA, enquanto que o último internamento referido a tal unidade ocorreu no ano de 1985, antes de findar o livro. Assim, acredita-se que o CRA teve seu fechamento por volta desse mesmo ano. Desse modo, de toda descrição e análise dos dados levantados no conjunto dos livros de registros que compõe a pesquisa, somente dentre os anos de 1983 a 1985 refere-se ao CRA.

A segunda unidade voltada ao internamento específico de “alcoolistas” que existiu no interior do HCAB/PR foi fundada com o nome de Unidade de Recuperação de Alcoolistas (URA). Durante a pesquisa não se obteve informações precisas sobre a data da sua criação, porém, a primeira anotação de sua sigla no campo de preenchimento referente a unidade do internamento aparece no segundo livro de registro, especificamente, em 12 de abril de 1988.

Além dos livros de registro, embora em quantidade reduzida, foram encontrados outras fontes que versam sobre a URA. Primeiramente, a pesquisa obteve contato com um compêndio institucional de dados intitulado “Unidade de Recuperação de Alcoolistas – U.R.A – Organização e Rotinas”. Embora o documento não esteja datado originalmente estima-se que sua produção ocorreu

uma pasta com outros quatro documentos oriundos da década de 1980, além destes apresentarem-se em formato datilográfico.

durante a década de 1990, devido a um modelo da guia de “declaração de comparecimento” para atividade de “atendimento familiar” anexo ao fim do documento, nessa o campo de preenchimento da data está predefinido em “199_” (PARANÁ-HCAB, [199?], p.37).

O documento informa que naquele momento que a unidade situava-se em “prédio separado da estrutura original do conjunto do Hospital Colônia Adauto Botelho, afastado cerca de trinta metros dos muros circundantes”, cuja estrutura fora construída anteriormente “para abrigar uma unidade de internamento para crianças e atualmente este espaço dá lugar à Creche para os filhos dos funcionários do Hospital, e para a Unidade de Recuperação de Alcoolistas, espaços estes, totalmente separados” (PARANÁ-HCAB, [199?], p.1).

Nessa época, apesar do nome da unidade estar especificado ao “alcoolismo”, a instituição já havia definido que a URA estava “organizada e capacitada para atender a demanda de internamento de pacientes dependentes do álcool e de outras drogas” exclusivamente em quadros que não apresentem “compulsividade exacerbada”, pois devido sua “característica histórica do tratamento de alcoolistas, pelas condições de não termos um ambiente contensivo e pela formação de recursos humanos disponíveis” (PARANÁ-HCAB, [199?], p.3). Essa unidade foi destinada ao tratamento de “alcoolistas” – e dependentes de “outras drogas” – exclusivamente, ao público do sexo masculino e maiores de idade.

Nesse documento há uma lista de “normas e combinados” que caracterizam essa unidade como um espaço disciplinar, tais como: horário comum de “alvorada”; regras relativas ao tipo de roupas a serem usadas pelos pacientes; proibição do consumo de “cigarros”, sendo permitido somente o uso “cigarros de papel”, mesmo assim, não era permitido esse consumo nos espaços fechados como as salas de reunião e televisão, refeitório, banheiros e enfermarias; proibição do trânsito dos pacientes em outras unidades; proibição da posse de medicamentos; fixação dos locais de visita e proibição do afastamentos dos pacientes desses espaços predefinidos; proibição do uso do banheiro de visitas por pacientes; manuseamento de aparelhos de rádio e televisão restrito à funcionários; uso de “toques de sino” como aviso aos pacientes para atividades como reuniões e refeições; findando com o item denominado “educação e civilidade”, informando aos envolvidos na unidade de que “cuspir, escarrar, jogar no chão: tocos de cigarros, papéis, restos de comidas é sinal de desrespeito ao espaço que deve ser agradável para todos” (PARANÁ-HCAB, [199?], p.6).

Durante a realização da pesquisa em campo obtive informações orais e não sistematizadas de que a URA em algum período – sem precisão pela informante – teve seu nome alterado para “Unidade de Recuperação de Adictos”, indicando que o espaço havia sido modificado sendo a partir de então, nomeadamente, ofertada também a sujeitos identificados com transtornos mentais decorrentes do consumo das ditas “outras drogas”.

Tal informação foi confirmada a partir da análise de outro documento levantado pela pesquisa, intitulado “Projeto terapêutico institucional” relativo aos anos de 2003 a 2006 e produzido no mês de fevereiro de 2007. Nesse, a grafia da nomenclatura aparece conforme a alteração supracitada.

Nesse momento é observada nitidamente a distinção que a instituição delimita entre atendimento para “transtornos mentais” – feminino e masculino – e para “dependência do álcool e outras drogas” – masculino. A URA reservava 30 leitos para o atendimento de “dependências químicas”, sendo o internamento tipificado em “voluntário”, “involuntário” e “compulsório”.

O item “fluxo de admissão” do referido projeto terapêutico permite entender como o internamento psiquiátrico de “alcoolidas” e “dependentes químicos” perpassa também as práticas de prescrição e consumo de medicamentos, um dos elementos centrais dos processos de medicalização. Nesse item é descrito que para os casos de “alcoolidismo” é necessário “obedecer protocolo de entrada para dependente do álcool – utilizando normas de consenso”, enquanto “para os demais dependentes químicos (não há consenso), medicar para que os pacientes se mantenham em grau leve de sedação, pelo menos até que o médico da unidade tenha o primeiro contato, diminuindo assim riscos de fuga” (PARANÁ-HCAB, 2007, p.48).

No item “protocolo de entrada”, os pacientes identificados como “dependentes do álcool” são distintos no documento em dois níveis no item “protocolo de entrada : I síndrome de abstinência leve/moderada e II síndrome de abstinência grave – delirium tremens. Enquanto os ditos “usuários de outras drogas – multiusuários” são agrupado em um único nível. A conduta para agrupamento desses nível é semelhante no que diz respeito ao controle dos sinais vitais, estímulo de hidratação por via oral e repouso e distinta em relação ao associações medicamentosas (PARANÁ-HCAB, 2007, pp.49-50).

A estrutura física também era dividida entre a “unidade de desintoxicação” – destinada desde a entrada e os primeiros dias – e a “unidade terapêutica” – destinada aos demais dias do tratamento. A

URA contava ainda, com o atendimento prestado por uma equipe multidisciplinar composta por assistente social, médico(a) clínico e psiquiatra, enfermeiro(a), auxiliar de enfermagem, psicólogo(a) e terapeuta ocupacional. (PARANÁ-HCAB, 2007, p.51).

No momento de apresentação da proposta dessa pesquisa na instituição, em abril de 2013, fui informada pelo então diretor do HCBA/PR que a URA tinha sido desativada em dezembro do ano anterior (2012), por falta de recursos materiais e humanos para a continuação de suas atividades. Nesse sentido, foi argumentado sobre a necessidade de profissionais com formação específica para o trabalho com “dependentes químicos”. Naquele momento era discutido um projeto de reabertura dessa unidade, mas agora voltada ao internamento do público feminino identificado com transtornos decorrentes da “dependência química”⁶³.

⁶³ Planejamento concretizado no ano de 2014 , sendo a nova unidade feminina denominada “Flor de Lis”. Cf: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/noticias/article.php?storyid=3519>

4 – A DISCIPLINA DOS CORPOS E A POLÍTICA DA VIDA: A RECONFIGURAÇÃO DOS MECANISMOS DISCIPLINARES NA EXPERIÊNCIA DO HCAB/PR

Classificar consiste nos atos de incluir e excluir. [...] Invariavelmente, tal operação de inclusão/exclusão é um ato de violência perpetrado contra o mundo e requer o suporte de uma certa dose de coerção
 Zigmunt Bauman
 (Modernidade e ambivalência)

A partir da leitura das informações contidas no conjunto de livros de registros do HCAB/PR (1983-2012), escolhido como principal fonte desta pesquisa, destaca-se que a primeira relação analítica construída consistiu na comparação percentual entre os registros das entradas de pacientes para as unidades específicas ao encaminhamento de “alcoolidas/dependentes químicos” (CRA e URA) e para as demais unidades de “transtornos mentais” no cômputo total de internações deste hospital, cujos resultados foram ilustrados abaixo no Gráfico 1.

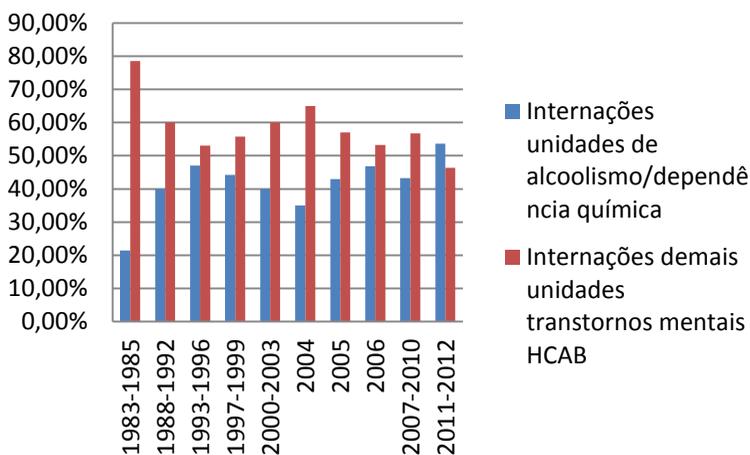
Cabe ressaltar que apenas o primeiro livro do conjunto analisado registra as internações realizadas na primeira unidade específica ao atendimento de “alcoolidas” conhecida na história do HCAB/PR, o Centro de Recuperação de Alcoolidas (CRA). O preenchimento deste livro inicia-se no dia 22 de janeiro de 1983 e finda em 10 de junho de 1987. Entretanto, o último registro de internamento no CRA é de 17 de maio de 1985, constante na página 132, na qual é registrado internamentos até 31 desse mesmo mês.

Assim, a descrição analítica que se segue corresponde às entradas registradas no período de dois anos, quatro meses e dez dias (22.01.83 a 31.05.85), concernentes ao livro um (1) e ao único período de registros encontrados relativos ao CRA. Conforme representado no Gráfico 1, durante este primeiro período totalizaram-se 2.861 (dois mil

oitocentos e sessenta e um) internamentos. Desses, 616 (seiscentos e dezesseis) foram encaminhados para o CRA, correspondendo a 21,5%. Os demais, 2.245 (dois mil duzentos e quarenta e cinco) correspondem aos internamentos encaminhados às outras unidades de internamentos destinadas aos ditos “transtornos mentais”, equivalendo a 78,5%.

O segundo livro de registros está preenchido com entradas/internamentos que correspondem ao período entre os dias oito de janeiro de 1987 e 30 de dezembro de 1992. Entretanto, o primeiro internamento que consta registro da segunda unidade específica ao “alcoolismo” conhecida na história do HCBA/PR, a Unidade de Recuperação de Alcoolistas (URA), aparece somente em 12 de abril de 1988, data na qual se inicia o período delimitado por este estudo correspondente ao livro dois (2), isto é, da data acima citada ao dia 30 de dezembro de 1992. Durante esse período, os internamento na URA durante seus primeiros anos de existência registrados nesse livro apresentaram um aumento significativo em relação ao período anterior, equivaleram à 40% dos cômputo total dos registros do HCAB/PR.

Gráfico 1 - Relação entre interações nas unidades de alcoolismo/dependência química e demais unidades de transtornos mentais, HCAB/PR (1983-2012)



Fonte: PARANÁ-HCAB. **Livros de registro (1-8)**. Piraquara: HCAB, 1983-2012. Org.: CASAGRANDE, A. D. (2014).

Conforme exposto anteriormente, não se obteve um número significativo de documentos com informações sobre o Centro de Recuperação de Alcoolistas. Além deste primeiro livro de registro e de um relatório da direção redigido provavelmente na década de 1980, onde se encontra uma resumida menção ao CRA descrevendo-o como uma “subestrutura” do HCAB/PR naquele momento (PARANÁ-HCAB, [198?], f. 1), a pesquisa contou com um breve histórico desse Centro narrado por uma das funcionárias da instituição com quem iniciei o diálogo em campo. Apesar de não ter identificado o período em que iniciaram suas atividades, segundo o relato indicado acima, o funcionamento do CRA teve uma duração temporal bastante inferior ao da unidade da mesma especialidade inaugurada posteriormente, a Unidade de Recuperação de Alcoolistas (URA).

Também não se obteve conhecimento sobre a capacidade física que possuía o CRA nem mesmo a URA em seus primeiros anos e quiçá, de uma possível diferença entre as duas em relação aos seus tamanhos e capacidade de lotação. Considerando o aumento expressivo do número de internamentos encaminhados para a URA – anotados no segundo livro de registro – em relação aos internamentos feitos anteriormente no CRA registrados no livro um e, partindo do pressuposto de que o CRA teve um tamanho reduzido em relação à segunda unidade, proponho que o aumento apresentado possa derivar também desse condicionante localizado na estrutura física dos dois espaços. Dito de outra maneira, entre os variados motivos geradores deste aumento, dos quais se propôs apenas algumas possibilidades analíticas, evitaremos a interpretação sem o questionamento das condições em que estavam sujeita a produção das fontes, ou mesmo, dos dados. No movimento reflexivo de desnaturalização e estranhamento dos dados extraídos desse conjunto de fontes, evoca-se o ensinamento de que,

O documento é uma coisa que fica, que dura, e o testemunho, o ensinamento (para evocar a etimologia) que ele traz devem ser em primeiro lugar analisados, desmistificado-lhe o seu significado aparente. [...] É preciso começar por desmontar, demolir esta montagem, desestruturar esta construção e analisar as condições de produção dos documentos/monumentos. (LE GOFF, 2003, p.538)

Embora se observe no discurso de diferentes sujeitos ligados às administrações deste e de outros hospitais/clínicas psiquiátricas do Paraná uma alegada “crescente demanda” por internamentos de “dependentes químicos”, no HCAB o aumento expressivo do segundo período em relação ao primeiro pode não representar única e exclusivamente a manifestação concreta desse movimento discursivo. Esse discurso geralmente imprime nesta chamada “alta demanda” um caráter de demanda social exterior ao hospital. Por outro lado, há que considerar na análise numérica apresentada as condições estruturais da instituição em relação a esta crescente tendência ao internamento de “alcoolistas” e “dependentes químicos”.

Destaco a superficial descrição rememorada pela narrativa da informante acima citada na pesquisa de campo, cuja informação é, em síntese, que o CRA foi uma unidade de tratamento da especialidade “álcool/drogas” que teve menor duração e êxito em relação à URA. Tais observações indicam que a desproporção dos números de internamentos do CRA para a URA, além de derivar da alegada “crescente demanda”, possam ter decorrido também pelo fato da primeira unidade ter sido um espaço menor, de poucos recursos e baixa visibilidade em relação à segunda. Ainda que sem “respostas objetivas” para esta questão, considero-a pertinente na medida em que se problematiza a evidência numérica e sua possível interpretação simplista. De acordo com Bauer & Gaskell (2004, p. 24),

O que a discussão sobre a pesquisa qualitativa tem conseguido foi desmitificar a sofisticação estatística como o único caminho para se conseguir resultados significativos. O prestígio ligado aos dados numéricos possui tal poder de persuasão que, em alguns contextos, a má qualidade dos dados é mascarada e compensada por uma sofisticação numérica. [...] se colocarmos informações irrelevantes, teremos estatísticas irrelevantes.

Destacadas as particularidades oriundas da substituição de uma unidade à outra no interior deste hospital, observa-se que no decorrer do funcionamento da URA os percentuais de internamentos apresentaram um aumento gradativo, embora não linear.

No período compreendido pelo terceiro livro de registro, de sete de janeiro de 1993 a 30 de dezembro de 1996, os internamentos na URA já representavam 47% do total de internamentos do HCAB/PR. O quarto

livro de registro abrange internamentos realizados entre os dias dois de janeiro de 1997 a 31 de dezembro de 1999, e revela que esses representaram nesse momento à 44,2% no cômputo do hospital. No período seguinte, do dia dois de março de 2000 ao dia 31 de dezembro de 2003, relativo ao quinto livro de registro, os registros na URA significaram 40% do total de internamentos. Mesmo assim, avalia-se que este incipiente – ainda que variável – aumento de internações encaminhadas para a unidade voltada ao tratamento do “alcoolismo” demarca uma mudança significativa no que diz respeito ao tipo de “clientela” atendida pelo hospital psiquiátrico.

Os registros compreendidos entre os dias dois de janeiro de 2004 a 31 de dezembro de 2006, correspondente ao sexto livro de registro, demandou a fragmentação da análise dos três anos separadamente (2004, 2005 e 2006). Isso se justifica pelo fato de que, posteriormente à primeira fase do tratamento das fontes – caracterizado pelo destaque feito nas entradas de pacientes na URA distinguido os diagnósticos correspondentes por cores distintas –, em uma primeira leitura qualificada pelo folhear ligeiro das páginas, notou-se uma mudança ainda tímida e relativa ao aumento de registros para esta unidade em relação às demais, como também, ao perfil diagnóstico (cujo detalhamento será visto adiante) ao longo desses três anos. A partir disso, optou-se por uma análise ainda mais pormenorizada desse livro de registro em específico.

No ano 2004, entre os dias dois de janeiro à 31 de dezembro, os internamentos na URA equivaleram somente à 35% das entradas no HCAB/PR, aumentado para 43% no ano seguinte, de três de janeiro a 30 de dezembro de 2005 e chegando ao ano de 2006, entre os dias três de janeiro à 31 de dezembro, contabilizando 46,8% das entradas do hospital..

O penúltimo livro de registro do conjunto analisado corresponde aos internamentos realizados no período de dois de janeiro de 2007 a 28 de dezembro de 2010, momento no qual entradas para a URA representaram 43,3% da totalidade de internamentos do HCAB/PR.

Os registros que apresentaram uma relevante mudança em relação às variáveis sob análise – isto é, a proporção de internamentos nas unidades específicas de “álcool/drogas” em relação ao total de entradas no HCAB/PR – foram aqueles contabilizados no oitavo e derradeiro livro do conjunto analisado, correspondente aos dois últimos anos de atividades da URA, a saber, entre os dias três de janeiro de 2011 à quatro de dezembro de 2012.

Esse período foi marcado pela preponderância de internamentos na unidade voltada ao tratamento de “dependentes químicos” – ou mesmo, “adictos conforme nomenclatura da URA nesse momento atual – em relação às demais unidades do hospital caracterizadas, em suma, por espaços distintos para o atendimento da clientela masculinas, femininas e dos pacientes de longa permanência – alocados na atual “unidade assistida” – composta, sobretudo, pelos “transtornos mentais”. Os internamentos de “dependentes químicos” nessa época equivaleu a 53,6% das entradas de pacientes no HCAB/PR.

Os números apresentados como representativos da proporção de sujeitos que ocuparam as unidades de “alcoolismo/dependência química” (CRA e URA) ao longo do período histórico analisado, não devem ser considerados como o número total de entradas de “alcoolistas e dependentes químicos” no HCAB/PR, uma vez que, Na leitura, identificação e contagem dos casos registrados somente no CRA e na URA, percebia-se a ocorrência de internamentos feitos sob as mesmas classificações diagnósticas observadas nas unidades em análise – referente à “alcoolismo/dependência química” – em outras unidades do hospital, principalmente na unidade de adolescentes – cujo fechamento ocorreu no ano de 2005 – e, nas unidades femininas, uma vez que o CRA e a URA foram destinados exclusivamente ao público adulto masculino. Entretanto, foram identificados alguns casos de internamento de homens sob tais diagnósticos alocados, também, em demais unidades masculinas do hospital⁶⁴. Acredita-se que, no caso do CRA, isso devia-se inevitavelmente ao próprio contexto, pois as unidades específicas ao tratamento das “dependências químicas” não eram reservadas aos dois segmentos citados. No caso da URA, porventura possa ter ocorrido a falta de vagas naquelas unidades específicas e, conseqüentes, adaptações nas demais, pode também decorrer de certa imprecisão ou ambivalência do ato diagnóstico, escolha da conduta terapêutica ou mesmo, do ato de registro. Entretanto, na pesquisa não obteve evidências para a compreensão dessas lacunas descritas acima.

O ponto de interesse central no questionamento das fontes de pesquisa diz respeito à problematização do dado numérico apresentado, que de alguma maneira expressa a forma como tais fontes foram construídas e o desenho de pesquisa proposto particularmente por este estudo. Conforme descrito metodologicamente, o ponto de partida e

⁶⁴ Dentre os anos de 1983 e 1985, os internamentos sob a categoria diagnóstica relativa ao consumo de “álcool” representou 9% do total de entradas no HCAB/PR. (PARANÁ-HCAB, 1983-1985)

delimitação do levantamento dos dados se fez a partir da seleção das entradas registradas somente no CRA e URA, pois a partir do conhecimento da existência de tais unidades especificamente voltadas ao atendimento de “alcoolistas” e “dependentes químicos”, essas foram selecionadas como lócus privilegiados da investigação. Os registros de internamentos sob as categorias diagnósticas relativas ao “alcooolismo” e à “dependência química” em outras unidades do hospital além do CRA e da URA foram reconhecidos durante a análise já em curso e, devido ao investimento na produção dos dados dentro do recorte proposto, serão tangencialmente apresentadas nesse estudo. Em suma, servirão para indicar que a proporção de internamentos de “dependentes químicos” no HCAB/PR, certamente, ultrapassou os índices aqui apresentados, que considero imprecisos. Optou-se em não pormenorizar a descrição desses casos excepcionais às unidades CRA e URA devido ao volume das fontes e ao fato da pesquisa encontrar-se já em estágio avançado. Seguramente, se fossem acrescidos aos números obtidos pela presente pesquisa, se aproximariam ao montante total do internamento de “alcoolistas e dependentes químicos” no HCAB/PR como um todo.

Outro indicador de que o hospital psiquiátrico em questão abarcava o internamento de sujeitos consumidores de psicoativos, sejam eles alcoólicos ou de outras origens, independentemente de existirem ou não espaços exclusivos ao encaminhamento destes no interior do hospital, refere-se à identificação durante a análise das fontes de internamentos realizados sob as categorias diagnósticas do “alcooolismo” no período de transição do primeiro local destinado especificamente à essa clientela – o CRA – para o segundo espaço – a URA – destinado primeiramente ao “alcooolismo”, como também posteriormente, à chamada “adição”, considerada aqui de forma geral como “dependência química”.

Considerando o último internamento no CRA registrado no primeiro livro, em 17 de maio de 1985, e o primeiro internamento na URA, registrado no livro posterior em 12 de abril de 1988, identificou-se um espaço de tempo em que, supostamente, não funcionaram unidades específicas à este tipo de atendimento no hospital. Embora percebendo que não havia mais registros para tais unidades, tanto no final do primeiro como no começo do segundo livro, continuou-se a observar os diagnósticos registrados nos internamentos realizados nesse ínterim. A partir disso, identificou-se com nitidez que aqueles mesmos diagnósticos predominantemente registrados no CRA – em geral, relativos ao “alcooolismo”, categorizado pela nona revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-9) como “síndrome da

dependência do álcool” – permaneciam nos registros distribuídos, naquele momento, em outras unidades de internamentos que o HCAB/PR possuía.

Ressalto que este período de quase dois anos entre o fechamento do CRA e inauguração da URA, não foi analisado pormenorizadamente o perfil diagnóstico assim como os demais períodos apresentados, uma vez que o primeiro indicador da construção dos dados foi a unidade específica para essa clientela do hospital. Assim, do recorte temporal total indicado pela pesquisa, isto é, de 1983 a 2012, esse espaço de tempo é subtraído.

Entretanto, pode-se afirmar que tais informações excedentes à opção inicial de contabilização das entradas de pacientes e seus diagnósticos – proposta como uma das formas de abordar metodologicamente a problemática da pesquisa – adiciona elementos para a compreensão sobre a existência de uma contemporânea tendência do hospital psiquiátrico de incluir a “dependência química” de maneira significativa no seu contingente populacional. Tais exceções corroboram a proposta da utilização do dado numérico se apresentar nesta pesquisa como um dos meios possíveis para a qualificação de determinada problemática social e não, necessariamente, a tradução absoluta da realidade por meio da quantificação. Ressalta-se que conforme circunstâncias que o campo de pesquisa proporcionava em relação a disponibilidades das fontes e dos instrumentos de coleta de dados sobre a questão apresentada, a opção por uma análise que embora seja qualitativa fundamentada também em variáveis numéricas demonstrou-se a mais viável.

Ressalta-se que, devido ao fechamento da URA no momento em que se iniciou a pesquisa de campo, inviabilizou-se o emprego de outras técnicas de pesquisa como, por exemplo, a observação participante dentro da própria unidade – embora fora utilizada de modo geral nas interações feitas no interior da instituição –, ou mesmo possíveis entrevistas com sujeitos ligados à este serviço como técnicos, enfermeiros, médicos, psicólogos (etc.). Considera-se que este tipo de abordagem poderia ser complementar aos dados obtidos e ainda sua execução facilitada caso não houvesse necessidade de deslocamento entre as cidades de procedência da pesquisadora e do local de pesquisa.

4.1 Das classificações de doenças às mudanças do perfil diagnóstico no CRA e na URA

Se o primeiro passo dado no sentido de reunir indícios que levassem à interpretação do universo empírico relativo à problemática posta por este estudo – ou seja, se de fato houve uma crescente ocupação do hospital psiquiátrico por sujeitos usuários de substâncias psicoativas – foi a observação da proporção que esses representam em relação à totalidade dos internamentos no hospital, o segundo passo, a fim de compreender como este fenômeno procedeu, caracterizou-se pela análise pormenorizada dos tipos de diagnósticos registrados, especificamente nas entradas de pacientes para as unidades voltadas ao internamento do contingente denominado “alcoolistas/dependentes químicos”. Partindo da identificação e descrição do fluxo do movimento de pacientes das unidades específicas (CRA e URA) foi possível construir uma espécie de “perfil diagnóstico”⁶⁵ correspondente à cada período histórico concebido nessa análise.

No primeiro momento da análise, a distinção estabelecida e a correlata comparação referiam-se aos pacientes ditos com/em “transtorno mental/sofrimento psíquico” – os ditos usuários tradicionais do hospital psiquiátrico – e aqueles cujo internamento devia-se ao uso de algum tipo de substância psicoativa que os caracterizava, em suma, como “dependentes químicos” – aqui entendidos também àqueles cujo diagnóstico é traduzido também por “alcooolismo”, isto é, entre os ditos “loucos” e os “drogados”.

Neste segundo momento, a investigação voltou-se às formas de distinção dentre aqueles que formam o conjunto designado por este conceito, o da “dependência química”, cujo escopo demonstra-se extensível, isto é, desde os diagnóstico decorrentes do uso tanto do “álcool” quanto de “outras drogas”.

O conjunto dos oito livros de registros (que compreende os anos de 1983 a 2012) é marcado pela mudança das categorias diagnósticas, próprio do processo de substituição da nona revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-9) pela décima (CID-10) – até hoje a última versão deste manual usado como referência para os registros no HCAB/PR, assim como em demais estabelecimentos de saúde. Os registros feitos com base no CID-9 se estenderam de 1983 até início de

⁶⁵ Este conceito é empregado no texto para designar, exclusivamente, a distribuição dos tipos e agrupamentos de categorias diagnósticas – conforme descrito metodologicamente, relativas às padronizações importadas pelas versões dos manuais da Classificação Internacional de Doenças – no cômputo total dos registros de internamentos no CRA e URA. Desconsiderando assim, qualquer uso do termo em outros sentidos.

1998, sendo substituído pelo CID-10 em 21 de janeiro desse mesmo ano. Essa transformação ocorreu durante o preenchimento do quarto livro de registro, que compreende o período entre os anos 1997 e 1999.

A fim de contextualizar e facilitar a leitura e compreensão dos dados que compõem o chamado “perfil diagnóstico”, cabe descrever primeiramente a composição da CID-9, no que tange exclusivamente às categorias, subcategorias, seus códigos correlatos, suas nomenclaturas (nosografia) e classificação (nosologia). Os chamados “transtornos mentais” compõem o quinto (V) capítulo desse manual, o qual se subdivide em três grandes eixos: 1) “quadros psicóticos orgânicos (290-294)”; 2) “outras psicoses (295-299)”; e 3) “transtornos neuróticos, transtornos da personalidade e outros transtornos não orgânicos (300-316)”.

Designadamente no primeiro e no terceiro eixo do capítulo são distinguidas categorias e subcategorias diagnósticas que se referem, notadamente, ao “álcool” e às “drogas”. Dos “quadros psicóticos orgânicos”, destaca-se as categorias 291 “psicoses alcoólicas”⁶⁶ e 292 “psicoses por drogas”⁶⁷. A partir do que se denominava “transtornos neuróticos, transtornos da personalidade e outros transtornos não orgânicos”, atribuía-se ao código 303⁶⁸ o diagnóstico de “síndrome da dependência do álcool”, enquanto que a categoria diagnóstica “dependência de drogas” estava representada pelo número 304⁶⁹.

⁶⁶ Da qual se derivam as subcategorias: 291.0 “*dellium tremens*”, 291.1 “psicose alcoólica de Korsakov”, 291.2 “outra demência alcoólica”, 291.3 “outra alucinação alcoólica”, 291.4 “embriaguês patológica”, 291.5 “ciúme alcoólico”, 291.8 “outra” e 291.9 “não especificada”. (OMS, 1980)

⁶⁷ Da qual se derivam as subcategorias: 292.0 “síndrome de abstinência de drogas”, 292.1 “estados paranóides e/ou alucinatório induzidos por drogas”, 292.2 “intoxicação patológica por drogas”, 292.8 “outras” e 292.9 “não especificada”. (idem)

⁶⁸ Diferentemente das demais categorias diagnósticas, de acordo com a versão da CID-9 pesquisada, da categoria 303 “síndrome de dependência do álcool” não derivadas subcategorias representadas pelo acréscimo de um ponto e um quarto número. Todavia, foram identificados registros tanto com quatro dígitos – separado pelo ponto da raiz dos três primeiros caracteres – como aqueles com cinco dígitos, no qual este último é separado do quarto por um sinal de barra (/).

⁶⁹ Da qual se derivam as subcategorias: 304.0 “tipo morfina”, 304.1 “tipo barbitúrico”, 304.2 “cocaína”, 304.3 “cannabis”, 304.4 “tipo anfetamina e outros psicoestimulantes”, 304.6 “outras”, 304.7 “associações de drogas tipo morfina e qualquer outra”, 304.8 “associação excluindo droga tipo morfina” e 304.9 “não especificada”. (idem)

Diferentemente das demais categorias diagnósticas, de acordo com a versão da CID-9 pesquisada, não há derivações de subcategorias da raiz diagnóstica 303 (“síndrome de dependência do álcool”), as quais para todos os casos existentes são representadas pelo acréscimo de um ponto e um quarto número. Todavia, foram identificados registros de subcategorias do código 303 com quatro caracteres – separados da raiz dos três primeiros caracteres pelo ponto.

Ressalta-se que, além dessas, foram identificados tanto nos casos da categoria 303 – como em vários das demais – registros de códigos contendo cinco caracteres, no qual o último é separado do quarto por um sinal de barra (/)⁷⁰. Como não há qualquer tipo de explicação para essas inclusões/alterações dos números dos diagnósticos presentes nas fontes, supõe-se que possa derivar de uma classificação própria do hospital, na medida em que, a partir do século XX, “as instituições psiquiátricas nacionais passaram a formular suas próprias classificações” (VENANCIO, 2010, p. 329). No entanto, para fins da pesquisa sintetizados em identificar um perfil diagnóstico que indicasse pontos de diferença mais gerais das unidades de internamento de “alcoólistas” e “adictos”, destaca-se que mesmo desconsiderando tais peculiaridades, tais diferenças podem ser evidenciadas a partir das categorias mais abrangentes. Assim, tais exceções foram interpretadas no limite das definições expressas pelos manuais de referência da Classificação Internacional de Doenças. Ou seja, todos os códigos com cinco caracteres identificados nos livros do HCAB/PR foram, necessariamente, incluídos na contagem das subcategorias de quatro caracteres quando existentes, ou ainda, na primeira e mais geral categoria diagnóstica de três caracteres (denominada também de “raiz diagnóstica”).

De todo modo, essa demasiada extensão da categorização das condutas e comportamentos humanos longe de expressar com precisão a condição de determinados sujeitos, expõe àquele que interpreta tais números ao plano da dúvida e do questionamento. Pontua-se: o número 9 depois do ponto significa em geral, uma subcategoria não especificada derivada da categoria maior (de três caracteres), como por exemplo,

⁷⁰ Tais como, 303.9, 309/2 (este código, aliás, corresponde uma margem expressivamente superior dentre as demais formas apresentadas da categoria 303), e em outros casos como, 304.8/1, 304.5/7, 295.3/0, 298.9/0, 291.0/6, etc. Ressalta-se que a descrição pormenorizada da quantidade e localização dos períodos exatos de tais ocorrências nos registros consta nas tabelas construídas a partir do levantamento dos dados (Cf. Apêndice 1)

304.9. Pois bem, se esta já traduz uma “dependência de drogas não especificada”, o que mais uma barra (/) seguida de um número 2 poderia indicar (ex. 304.9/2)? Ou seja, algo que já se enquadra em uma categoria anterior não especificada, teria ainda algo a mais a ser classificado, uma minúcia. E este é só um exemplo das variadas associações que foram identificadas. Ressalta-se que a descrição pormenorizada de tais códigos, suas proporções percentuais e a localização dos períodos exatos nos registros dos livros analisados constam nas tabelas construídas a partir do levantamento dos dados da pesquisa (Cf. Apêndice 1).

Outro fator de questionamento é o limiar entre o diagnóstico enquadrado no que se convencionou denominar nessa análise de “raiz diagnóstica”, isto é, a categoria mais abrangente de três caracteres, como a 304 que indica de forma geral “dependência de drogas”, e o diagnóstico que apresenta também a especificação de uma subcategoria, que neste caso irá indicar tipos de substâncias psicoativas que levaram à esta dependência, ou mesmo pela última fragmentação onde há a possibilidade de não especificar tais usos. Dito de outra maneira questiona-se qual a referência para o diagnóstico ocorrer em uma categoria geral – mais expressamente, um número – que os caracterizam apenas como “dependentes de drogas”, enquanto outros são especificamente demarcados como dependentes de “cocaína”, “cannabis”, “alucinógenos”, “morfina”, “outras” (etc.). Este exemplo cabe também nas análises de outras categorias diagnósticas registradas. É o caso das “psicoses alcoólicas” representadas pela raiz diagnóstica 291, com suas subcategorias caracterizadas pelo acréscimo do quarto caractere após um ponto, as quais especificam algumas formas ou estados dessas psicoses, tais como o “delirium tremens”, “embriaguês patológica”, “outra demência alcoólica”, etc., inclusive a última fragmentação também representada pelo número nove, indicando uma psicose alcoólica “não especificada”. Nesse caso exemplar, também se identificou registros que se enquadravam somente na categoria maior (291) e, ainda, outros distribuídos nas subcategorias derivadas dele. Esse fenômeno do diagnóstico hora ocorrer sob a categoria mais abrangente, hora a partir de uma subcategoria específica foi observado durante todo o período analisado. Ainda que sem comprovação das reais motivações que constitui o fato, pondera-se a assertiva de que,

No Brasil, os poucos estudos que, através da obtenção de dados empíricos [de 1987], analisaram as consultas médicas, e portanto os processos diagnósticos, em alguns setores do

sistema de atenção médica, dão indicações claras de que frequentemente estes procedimentos, tais como propostas pelo saber médico, simplesmente não acontecem. (NOVAES, 1987, p.10 – grifos meus)

O perfil diagnóstico relativo ao período de 1983 a 1985, documentado no livro que inicia o conjunto analisado apresenta-se (cf. Gráfico 2) inteiramente marcado por categorias diagnósticas correspondentes, em suma, ao “alcooolismo”. Além do total de diagnósticos incluídos na raiz diagnóstica 303, nomeada na CID-9 por “síndrome de dependência do álcool”⁷¹, que somavam à época 75% dos internamentos realizados no CRA, observa-se que as demais entradas referiam-se, basicamente, a outras categorias correlativas ao “alcooolismo”. Além disso, verificou-se parte significativa dos registros de internamentos com diagnósticos “não informados”, equivalentes nessa época à parcela de 22,5% do total de entradas/internamentos na primeira unidade destinada especificamente à população do hospital composta por “alcooolistas”⁷².

Voltando à descrição das outras categorias que possuem certa correlação ao “alcooolismo”, verificou-se um caso (0,16%) registrado a partir da categoria 305.0 – uma subcategoria da raiz 305 “abuso de drogas sem dependência”, onde o símbolo “.0” denota a especificação “álcool – casos de intoxicação aguda ou efeitos de ressaca”⁷³.

⁷¹ Cf. CID-9: “Estado psíquico e também geralmente físico resultante da ingestão de álcool caracterizado por reações de comportamento e outras que sempre incluem uma compulsão para ingerir álcool de modo contínuo ou periódico a fim de experimentar seus efeitos psíquicos e por vezes evitar o desconforto de sua falta; a tolerância ao mesmo podendo ou não estar presente. Uma pessoa pode apresentar dependência do álcool e de outras drogas; neste caso também codifique em 304 adequadamente. Se a dependência estiver associada a psicose alcoólica ou a complicações físicas, ambas devem ser codificadas. Alcooolismo crônico /Embriaguez aguda no alcooolismo/Dipsomania. Exclui: complicações físicas do álcool, tais como: cirrose do fígado (571.2)”. (OMS, 1980)

⁷² Ressalta-se que este período entre todos os analisados posteriormente, é onde se observa o maior número de registros que convencionou denominar nesse texto como “não informados”, isto é, aqueles em que o campo de informação nos livros onde era anotada a categoria diagnóstica, aparece em branco.

⁷³ Cf. CID-9: “Bebedeira SOE/Ingestão excessiva de álcool SOE/Embriaguez SOE/Ressaca (do álcool) Exclui: complicações físicas do álcool, tais como: cirrose do fígado (571.2) epilepsia (345.-).” Ressalta-se que a expressão “SOE”

Sete casos (1,13%) concernentes à classificação diagnóstica 291, intitulada pelo manual de referência como “psicoses alcoólicas”, subdivididos designadamente em um caso (0,16%) com a categoria abrangente 291 “psicoses alcoólicas”⁷⁴, a subcategoria 291.0 “delirium tremens”⁷⁵, a subcategoria 291.3 “outra alucinação alcoólica”⁷⁶ (0,16%) e, em quatro casos (0,65%) com a subcategoria 291.9 “não especificada”⁷⁷.

Registraram-se também três casos (0,49%) relativos ao conjunto da classificação 295 “esquizofrenias”, sendo um caso (0,16%) na subcategoria 295.3 “tipo paranóide”⁷⁸, um caso (0,16%) na subcategoria 295.6 “residual”⁷⁹ e um caso (0,16%) na subcategoria 295.9 “não especificada”⁸⁰.

é traduzida pela CID-9 como uma abreviação para “sem outra especificação”, equivalendo também à “não especificado” e “não qualificado”. (OMS, 1980, p. XXVI)

⁷⁴ Cf. CID-9: “Estados psicóticos orgânicos devidos principalmente a consumo excessivo de álcool; julga-se que as deficiências de nutrição desempenham papel importante. Em alguns desses estados, a abstinência do álcool pode ter significado etiológico. Exclui: alcoolismo sem psicose (303)”. (OMS, 1980)

⁷⁵ Cf. CID-9: “Estados psicóticos orgânicos agudos ou subagudos em alcoólatras, caracterizados por obnubilação da consciência, desorientação, medo, ilusões, idéias delirantes, alucinações de qualquer tipo, especialmente visuais e tateis, inquietude, tremores e às vezes febre. Delírio alcoólico”. (OMS, 1980)

⁷⁶ Cf. CID-9: “Psicose habitualmente de menos de seis meses de duração, sem obnubilação ou com leve turvação da consciência e acentuada inquietude ansiosa, na qual predominam as alucinações auditivas, estas consistindo em vozes que proferem insultos e ameaças”. (OMS, 1980)

⁷⁷ Cf. CID-9: “alcoolismo (crônico) com psicose” e “mania e psicose} alcoólica SOE”. (OMS, 1980)

⁷⁸ Cf. CID-9: “Forma de esquizofrenia na qual idéias delirantes relativamente persistentes, acompanhadas às vezes de alucinações, dominam o quadro clínico. As idéias delirantes são frequentemente de perseguição, mas podem tomar outras formas [por exemplo, de ciúmes, origem ilustre, missão messiânica ou mudanças somáticas]. As alucinações e o comportamento excêntrico podem ocorrer; em alguns casos a conduta está seriamente afetada desde o início da doença, os distúrbios de pensamento são vultuosos e podem se desenvolver afetividade rasa com delírio e alucinações fragmentárias. Esquizofrenia parafrênica. Exclui: Estado paranóide involutivo (297.2), Paranóia (297.1), Psicoses esquizofrênicas (295)”. (OMS, 1980)

⁷⁹ Cf. CID-9: “Forma crônica de esquizofrenia em que os sintomas que persistem desde a fase aguda perderam grande parte de sua intensidade. A resposta emocional está embotada e os transtornos do pensamento, mesmo

Foram registrados também três casos (0,49%) da raiz diagnóstica 298 “outras psicoses não-orgânicas”⁸¹, exclusivamente sob a subcategoria 298.9 “psicose não especificada”⁸². Por fim, registrou-se um caso (0,16%) de “comorbidade”, cuja combinação de diagnósticos é do “alcooolismo” associado à “epilepsia”⁸³ (303.9/2 + 345).

Observa-se que em vários os períodos analisados, onde há tais subcategorias da categoria diagnóstica de maior abrangência – nas duas versões da CID tomadas como referência essas raízes diagnósticas equivalem aos três primeiros dígitos de cada código – percebe-se que alguns registros são feitos somente sob a primeira categoria de três dígitos, enquanto os demais são distribuídos nas sub-categorias derivadas com um ponto (.) seguido do quarto dígito. A partir disso, explica-se que apesar de vários momentos da presente descrição dos dados poderem afigura-se repetitivos quando se apresenta o total da raiz diagnóstica e, posteriormente a distribuição em subcategorias e muitas vezes, na própria categoria abrangente, são representações literais da forma como foi preenchido esses documentos pela instituição pesquisada. No entanto, pontua-se que as razões da distinção de tais categorias no ato médico-diagnóstico não foram contempladas pela pesquisa.

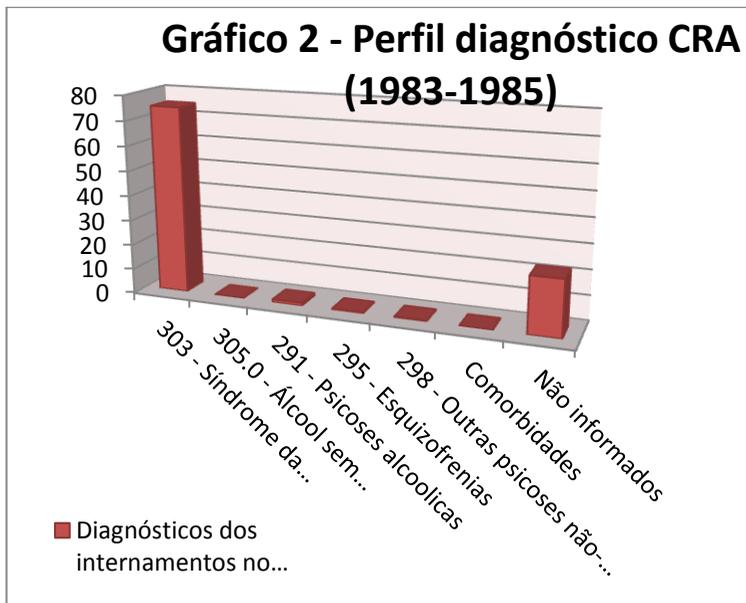
quando acentuados, não impedem a execução de tarefas de rotina. Esquizofrenia crônica indiferenciada. Estado residual (esquizofrênico). Estado esquizofrênico residual.” (OMS, 1980)

⁸⁰ Cf. CID-9: “Para ser usada somente como último recurso. Esquizofrenia SOE . Reação esquizofrênica SOE. Psicose esquizofreniforme SOE”. (OMS, 1980)

⁸¹ Cf. CID-9: “As categorias 298.0-208.8 devem ser restritas ao pequeno grupo de afecções psicóticas que são em grande parte ou totalmente atribuídas a uma experiência existencial recente. Não devem ser usadas para a vasta gama de psicoses nas quais fatores ambientais tem alguma [mas não a maior] influência na etiologia”. (OMS, 1980)

⁸² Cf. CID-9: “Para ser usada somente como último recurso, quando nenhum outro termo pode ser usado. Psicose SOE”. (OMS, 1980)

⁸³ Cf. CID-9: 345: “Exclui: epilepsia mioclônica progressiva (333.2)”. (OMS, 1980)



Fonte: PARANÁ-HCAB. **Livro de registro (1)**. Piraquara: HCAB, 1983-1985. Org.: CASAGRANDE, A. D. (2014)

O segundo livro analisado corresponde aos registros entre os dias 12 de abril de 1988 a 30 de dezembro de 1992, paralelamente aos primeiros anos de atividades da segunda unidade específica ao “alcoolismo” no HCAB/PR, a URA. Embora os internamentos sob o diagnóstico da “síndrome da dependência do álcool” (303) ainda predominassem, inclusive em maior proporção que a experiência anterior, equivalente nesse momento a 90% dos internamentos (cf. Gráfico 3), é evidenciado uma primeira mudança expressiva no perfil diagnóstico desta unidade, marcada pela inclusão de variadas categorias diagnósticas relativas ao consumo das chamadas “outras drogas” nos registros dos internamentos nela realizados.

A classificação diagnóstica de maior abrangência destes casos é nomeada “dependência de drogas”,⁸⁴ e corresponde ao código 304 da

⁸⁴ Cf. CID-9: “Estado psíquico e por vezes também físico resultante do uso de uma droga, caracterizado por reações de comportamento e outras que sempre incluem uma compulsão para usar droga de modo contínuo ou periódico a fim de experimentar seus efeitos psíquicos e por vezes evitar o desconforto de sua falta. A tolerância B mesma pode ou não estar presente. Uma pessoa pode

CID-9. Essa categoria foi registrada em nove casos (0,76%), dispersos em três (0,25%) internamentos relativos ao uso de “cocaína”⁸⁵ (304.2), dois (0,17%) de “cannabis”⁸⁶ (304.3) e dois de “outras”⁸⁷ (304.6), um (0,08%) de “alucinógenos”⁸⁸ (304.5), sete (0,59%) de “associações excluindo drogas tipo morfina” (304.8) e onze (0,93%) sob a classificação “não especificada” (304.9). Assim, no cômputo geral da raiz diagnóstica “304”, identificou-se 35 casos, equivalentes a 3% dos internamento na URA de 1988 à 1992.

Tal qual no período anterior repetem-se outras categorias correlativas ao “alcoolismo”, como a raiz diagnóstica 291 “psicoses alcoólicas”, da qual foram registrados 28 casos (2,3%), sendo sete (0,59%) deles registrados com a subcategoria 291.0 “*delirium tremens*”, um (0,08%) com as subcategorias 291.3 “outra alucinose alcoólica” e 291.4 “embriaguez patológica”⁸⁹, dois (0,17%) com 291.8 “outras”⁹⁰ e 17 (1,4%) com a última ramificação, o código 291.9 “não especificada”.

Da mesma forma como se viu emergir no contexto dos internamentos da URA registros equivalentes à categoria “dependência de drogas” (304), observou-se também internamentos sob a raiz diagnóstica de certa forma correlata àquela, identificada na CID-9 sob o código 292, as chamadas “psicoses por drogas”⁹¹. Dessas, registraram-se

apresentar dependência de mais de uma droga. Exclui: abuso de drogas sem dependência (305.-)”. (OMS, 1980, p. 200)

⁸⁵ Cf. CID-9: “Folhas e derivados da coca”. (OMS, 1980, p. 200)

⁸⁶ Cf. CID-9: “Haxixe (hashish), Marijuana, Maconha”. (OMS, 1980, p. 201)

⁸⁷ Cf. CID-9: “Abuso de absinto, Aspiração de cola. Exclui: dependência do fumo (305.1)”. OMS, 1980, p. 201)

⁸⁸ Cf. CID-9: “LSD e derivados Psilocibina, Mescalina”. (OMS, 1980)

⁸⁹ Cf. CID-9: “Episódios psicóticos agudos induzidos por quantidades relativamente pequenas de álcool. São consideradas reações individuais idiossincrásicas ao álcool, independentes de consumo excessivo de álcool e sem sinais neurológicos manifestos de intoxicação. Exclui: embriaguez simples (305.0)”. (OMS, 1980, p. 182)

⁹⁰ Cf CID-9 é expresso que está pode traduzir “síndrome de abstinência alcoólica”, porém, “exclui delium tremens (291.0)”. (OMS, 1980, p. 182)

⁹¹ Cf. CID-9: “Síndromes que não se coadunam com as descrições apresentadas em 295-298 (psicoses não orgânicas), e que são devidas a consumo de drogas [principalmente anfetaminas, barbitúricos, opiáceos e drogas do grupo LSD] e solventes. Algumas das síndromes deste grupo não são tão graves como a maioria das afecções denominadas de “psicóticas”, entretanto, incluem-se aqui por razões “psicóticas”. Usar o código adicional E para identificar a droga e também codificar a dependência da droga (304.-), se presente.” (OMS, 1980, p. 182)

dois casos (0,17%) que se dividem em um registro (0,08%) em cada um das seguintes subcategorias: 292.0 “síndrome de abstinência de drogas”⁹² e 292.1 “estados paranóides e/ou alucinatórios induzidos por drogas”⁹³.

A exceção criada nesta categoria para psicose decorrente de algum tipo de substância psicoativa além do álcool – pois para os quadros psicóticos decorrentes desse já existia a categoria 291 – parece estar intrinsecamente relacionada às demais categorias que indicam tais usos, isto é, a 304 e suas derivações. Nesse sentido, interpreta-se que a categoria 291 representava as “psicoses” correlatas à “síndrome de dependência do álcool” (303) – ou mesmo, ao “alcoolismo” –, assim como a categoria 292 representava os quadros psicóticos julgados decorrentes da “dependência de drogas” (304). Uma espécie de dois grandes blocos classificatórios que distinguem as “psicoses” correlativas às “dependências”, num caso para o “álcool”, no outro para as “drogas”.

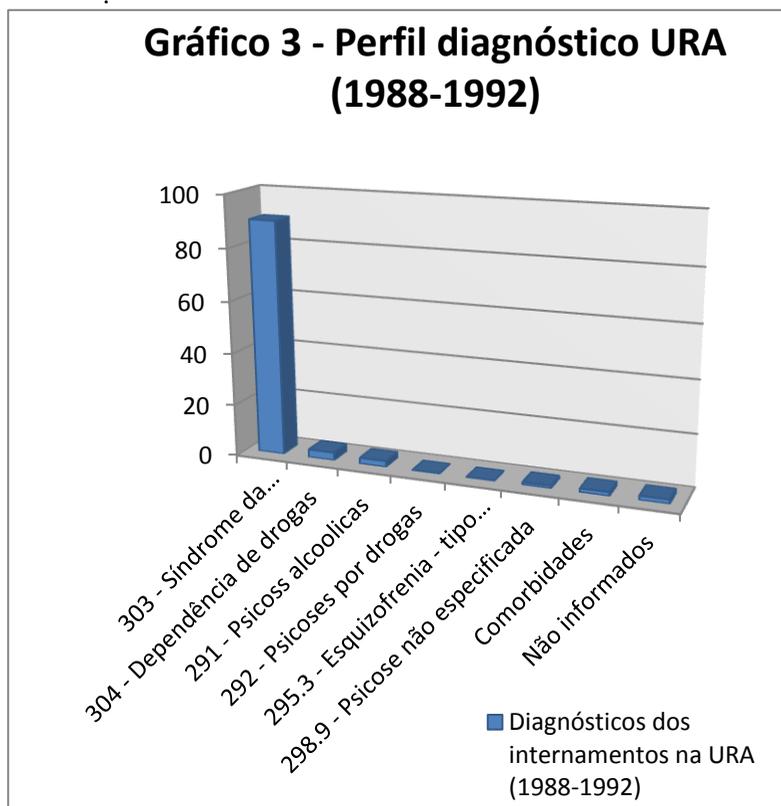
Ainda que a recomendação das Classificações Internacionais de Doenças para os casos das chamadas “psicoses por drogas” fosse de usar um código adicional para a identificação da “droga” consumida, assim como para a identificação adicional do diagnóstico de “dependência” quando presente, os dois registros descritos acima não contemplaram tais requisitos, permanecendo assim a dúvida sobre o tipo de substâncias psicoativas cujo consumo ocasionou aqueles internamentos.

Nesse momento foram também registrados dois casos (0,17%) sob o diagnóstico de “esquizofrenia/tipo paranóide” e 12 casos (1%) sob o diagnóstico 298.9 “outras psicoses não-orgânicas/psicose não especificada”. Por fim, observou-se um significativo aumento em relação à experiência do CRA, isto é, 19 casos que correspondiam a 1,6% dos internamentos na unidade decorrentes das ditas

⁹² Cf. CID-9: “Estados associados à abstinência de drogas, desde os graves, tais como os especificados para o álcool em 391.0 (delirium tremens) até estados menos graves caracterizados por um ou mais sintomas tais como convulsões, tremores, ansiedade, inquietude, queixas gastrintestinais e musculares, desorientação e distúrbios de memória leves”. (OMS, 1980, p. 182)

⁹³ Cf. CID-9: “Estados de duração maior que alguns dias mas geralmente menor que alguns meses, associados a acentuado ou prolongado consumo de drogas, especialmente dos grupos das anfetaminas e do LSD. As alucinações auditivas habitualmente predominam, podendo ocorrer ansiedade e inquietude. Exclui: Estados seguidos a consumo de LSD ou outros alucinógenos, de duração apenas de alguns dias ou menos [“más viagens”]. (305.3) Os quadros mentais descritos com confusão ou delirium (293.–)”. (OMS, 1980, p. 183)

“comorbidades”, onde as associações registradas eram em sua totalidade composições entre as demais categorias diagnósticas descritas acima.



Fonte: PARANÁ-HCAB. **Livro de registro (2)**. Piraquara: HCAB, 1988-1992. Org.: CASAGRANDE, A. D. (2014)

O terceiro livro de registro do HCBA/PR compreende o período entre os dias sete de janeiro de 1993 a 30 de dezembro de 1996, momento no qual (cf. Gráfico 4) o diagnóstico de “síndrome da dependência do álcool” (303) é ainda sobressalente, representado 94,5% dos internamentos da URA. O cômputo total da raiz 304 “dependência de drogas” equivalia nesse período a 2%, porém, distribuídos nas subcategorias derivadas, apresentou uma menor variedade dessas em relação ao período descrito anteriormente. A saber, a fragmentação da classificação ocorreu a partir de doze (0,7%) internamentos realizados sob a categoria de maior abrangência 304, dois (0,2%) sob o código

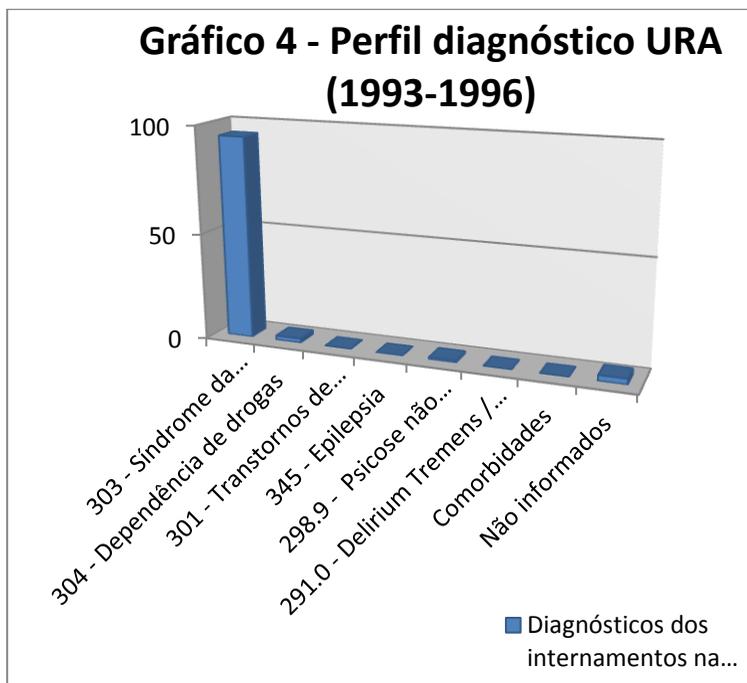
304.2 “cocaína”, três (0,3%) referentes ao código 304.8 “associações excluindo drogas tipo morfina” e por fim, onze (0,8%) casos sob o diagnóstico 304.9, “não especificada”.

Aqui, assim como nos anos anteriores, quadros psicóticos também motivaram parte dos internamentos na URA, tais como doze (0,7%) casos registrados sob o diagnóstico 298.9 “outras psicoses não-orgânicas/psicose não especificada” e um caso (0,01%) sob o registro 291.0 “*delirium tremens*”, o qual deriva-se das ditas “psicoses alcoólicas” (291).

Por outro lado, são identificados também outros diagnósticos da ordem das classificações de sofrimentos ou “transtornos mentais” – que em geral não estão relacionados, ao menos com base na descrição da desses registros, ao uso de psicóticos – a partir dos quais resultaram internamentos nessa unidade, supostamente reservada ao tratamento de “alcoólicas” e “dependentes químicos”. Esses se referem a um caso (0,1%) sob o diagnóstico 345 “epilepsia” e a dois (0,2%) internamentos sob a categoria 301 “transtornos da personalidade”⁹⁴.

As “comorbidades” resumiram-se ao registro de dois casos (0,1%), enquanto que aqueles internamentos cujo diagnóstico não foi informado somaram 44 casos (2,7%).

⁹⁴ Cf. CID-9: “Padrões de comportamento desajustados e profundamente arraigados que são reconhecidos geralmente desde a adolescência ou antes e que persistem durante maior parte da vida adulta, apesar de se tomarem menos óbvios na idade madura ou na velhice. A personalidade é anormal tanto em relação ao equilíbrio dos seus componentes, em suas qualidades e expressão, quanto em relação ao seu aspecto total. Em virtude desse desvio ou psicopatia o paciente sofre ou os outros têm de sofrer e ocorre um efeito adverso sobre o indivíduo ou sobre a sociedade. Inclui o que algumas vezes é chamado de personalidade psicopática, mas caso esta tenha sido determinada primariamente por mau funcionamento do cérebro, não deveria ser classificado aqui mas como uma das síndromes cerebrais orgânicas não-psicóticas (310). Quando o paciente apresenta uma anomalia da personalidade diretamente relacionada à sua neurose ou psicose, por exemplo, personalidade esquizóide e esquizofrênica, ou personalidade anancástica e neurose obsessivo-compulsiva, deve ser diagnosticada também a neurose ou psicose pertinente em evidência. Neurose de caráter”. (OMS, 1980, p. 196)



Fonte: PARANÁ-HCAB. **Livro de registro (3)**. Piraquara: HCAB, 1993-1996. Org.: CASAGRANDE, A. D. (2014)

A partir da passagem das referências diagnósticas da nona para a décima versão da Classificação Internacional de Doenças (CID), conforme expresso anteriormente, foi necessário uma fragmentação do intervalo de tempo registrado na íntegra do quarto livro de registro. Esse caso específico desdobrou-se em dois períodos temporais analíticos distintos – no que diz respeito à apreensão total livro – e serão separadamente ilustrados nos gráficos cinco (5) e seis (6).

Assim, os registros do intervalo entre os dias dois de janeiro de 1997 e 20 de janeiro de 1998⁹⁵, último período no qual a referência aos diagnósticos foi feita a partir da CID-9, conforme indica o Gráfico 5, prevaleciam também diagnósticos da “síndrome da dependência do álcool” (303), aos quais equivaliam 95% dos internamentos na unidade. As entradas sob a raiz diagnóstica “dependência de drogas” (304) ainda representavam o percentual de 3% (16 internamentos), subdivididos

⁹⁵ Descritos no início do quarto livro ordenado no conjunto dos livros de registros do HCAB/PR identificado pela pesquisa.

entre nove casos (1,8%) sob a categoria 304 e sete casos (1,2%) sob a subcategoria 304.9 “não especificada”.

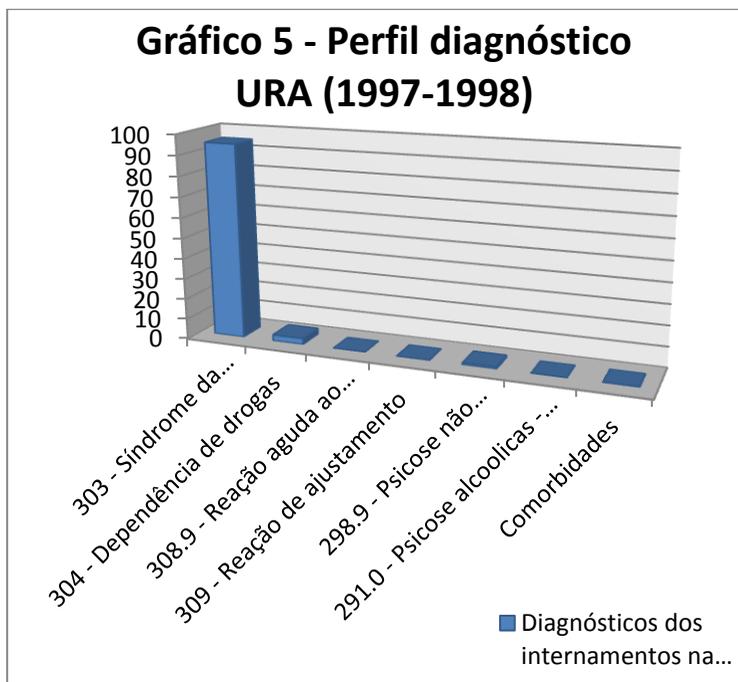
Sujeitos cujo diagnóstico referia-se a “outras psicoses não-orgânicas” (298) representaram 1% (sete casos) dos internamentos daquele momento, exclusivamente sob a subcategoria 298.9 “psicose não especificada”. O diagnóstico representado pela subcategoria 291.0 “delirium tremens”, incluída na raiz das “psicoses alcoólicas” (291), foi registrado somente em um internamento (0,15%).

Durante esse período foram registrado outros tipos de diagnósticos de sofrimentos e/ou transtornos mentais em geral, isto é, que não dizem respeito ao uso de psicoativos, a saber: um caso (0,15%) sob a subcategoria 308.9 que significava a forma “não especificada” da categoria diagnóstica 308 “reação aguda ao ‘stress’”⁹⁶ e um caso (0,15%) sob o diagnóstico representado pela categoria 309 “reação de ajustamento”⁹⁷. Considerando o curto período de tempo aqui analisado, não houve registros com diagnósticos “não informados, assim como a “comorbidade” fora identificada unicamente sob a associação diagnóstica de “alcoolismo” (303) somado à categoria 307, nomeada “síndrome e sintomas especiais não classificados em outra parte”⁹⁸.

⁹⁶ Cf. CID-9: “Transtornos muito transitórios de qualquer gravidade e natureza, que ocorrem em indivíduos sem qualquer transtorno mental aparente, em resposta a um “stress” físico ou mental excepcional, tal como catástrofe natural ou batalha, os quais desaparecem em horas ou dias. “Delirium” por esgotamento Tensão emocional (stress) catas-. Fadiga de combate trófica Exclui: reação de ajustamento (309.-)” (OMS, 1980, p. 206)

⁹⁷ Cf. CID-9: “Transtornos leves, ou transitórios de duração maior que as reações ao “stress” (308.-) os quais ocorrem em indivíduos de qualquer idade sem nenhum transtorno mental aparente e pré-existente. Tais transtornos são muitas vezes relativamente circunscritos ou específicos de determinadas situações; geralmente são reversíveis e duram apenas poucos meses. Comumente relacionam-se de perto no tempo e em conteúdo a estado de “stress” tais como perda de ente querido, migração ou experiência de separação. As reações a estados tensionais mais acentuados de duração maior que alguns dias também são incluídas aqui. Nas crianças, estes transtornos não estão associados a distorções importantes do desenvolvimento. Exclui: Reação aguda a estado tensional acentuado (308.-) transtornos neuróticos (300.-)” (OMS, 1980, p. 207)

⁹⁸ Cf. CID-9: “Afeção na qual o sintoma ou grupo de sintomas predominantes não faz parte integrante de uma afeção fundamental a ser classificada prioritariamente. Exclui: Quando devidas a transtornos mentais classificados em outra parte; Quando de origem orgânica”. (OMS, 1980, p. 203)



Fonte: PARANÁ-HCAB. **Livro de registro (4)**. Piraquara: HCAB, 1997-1999. Org.: CASAGRANDE, A. D. (2014)

Como dito anteriormente, a partir de meados do período que compreende o quarto livro de registros, os diagnósticos dados nos internamentos do HCAB/PR começaram a seguir a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Cabe agora então descrever a organização deste novo manual no que se refere aos registros analisados a seguir.

Na CID-10, o capítulo cinco (V) é ainda aquele onde se classificam os “transtornos mentais [e agora também] comportamentais”. Observa-se ainda uma mudança em relação às categorias diagnósticas, representadas neste manual por códigos alfanuméricos de três caracteres – como no capítulo citado que abrange os códigos F00 a F99. O capítulo é ainda dividido em onze agrupamentos⁹⁹, dos quais o segundo refere-se exclusivamente aos

⁹⁹ Além do grupo de categorias que refere-se ao interesse da pesquisa mencionado no parágrafo acima (F10 a F19), os demais agrupamentos do capítulo V são: “transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos” (F00-

“transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas” (F10 ao F19), onde cada categoria corresponde a um tipo de substância psicoativa, sendo todas elas nomeadas de “transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de”: “álcool” (F10), “opíáceos” (F11), “canabinóides” (F12), “sedativos e hipnóticos” (F13), “cocaína” (F14), “outros estimulantes, inclusive a cafeína” (F15), “alucinógenos” (F16), “fumo” (F17), “solventes voláteis” (F18) e também, como nas demais classificações analisadas, a última fragmentação que indica o inespecífico, aqui nomeado “múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas” (F19). As subcategorias, ou subdivisões que se derivam dessas, são padronizados a partir do acréscimo de um ponto (.) seguido do quarto caractere numérico (ex. F10.2, F14.1, F19.0, etc.)¹⁰⁰.

Ressalta-se que os registros baseados nesse manual, em alguns momentos, também apresentaram certas exceções, assim como aquelas identificadas nos registros referentes ao CID-9 – das quais se tratou anteriormente. Assim como alguns códigos com cinco caracteres, como por exemplo, “F10.23”, “F19.24”, “F10.25”, etc¹⁰¹. Sem informações sobre as razões para tais registros distintos – supostamente devido a uma

F09), “Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes” (F20-F29), “Transtornos do humor [afetivos]” (F30-F39), “Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes” (F40-F48), “Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos” (F50-F59), “Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto” (F60-F69), “Retardo mental” (F70-F79), “Transtornos do desenvolvimento psicológico” (F80-F89), “Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência” (F90-F98) e por fim, “F99 Transtorno mental não especificado” (F99). (OMS, 1998)

¹⁰⁰ Pra todas as categorias essas subdivisões ocorrem a partir de tais acréscimos no código correspondente à “raiz diagnóstica”: (.0) “intoxicação aguda”, (.1) “uso nocivo para a saúde”, (.2) “síndrome de dependência”, (.3) “síndrome [estado] de abstinência”, (.4) síndrome de abstinência com delirium”, (.5) “transtorno psicótico”, (.6) “síndrome amnésica”, (.7) “transtorno psicótico residual ou de instalação tardia”, (.8) “outros transtornos mentais ou comportamentais”, e por fim, (.9) “transtornos mental ou comportamental não especificado”. (OMS, 1998.)

¹⁰¹ A descrição pormenorizada de tais códigos, suas proporções percentuais e a localização dos períodos exatos nos registros dos livros analisados constam nas tabelas construídas a partir do levantamento dos dados da pesquisa (Cf.

Apêndice 1).

possível classificação própria da instituição –, tal qual arranjado nos casos encontrados nos registros que correspondiam à classificação anterior (CID-9), essas exceções identificadas a partir de então foram interpretadas, também, no limite das definições expressas pela décima revisão do manual de referência da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Dessa forma, os códigos de cinco caracteres foram incluídos na conta da subcategoria anterior de quatro dígitos – por exemplo, um código como F10.24 foi considerado como um F10.2 e assim para todas as demais.

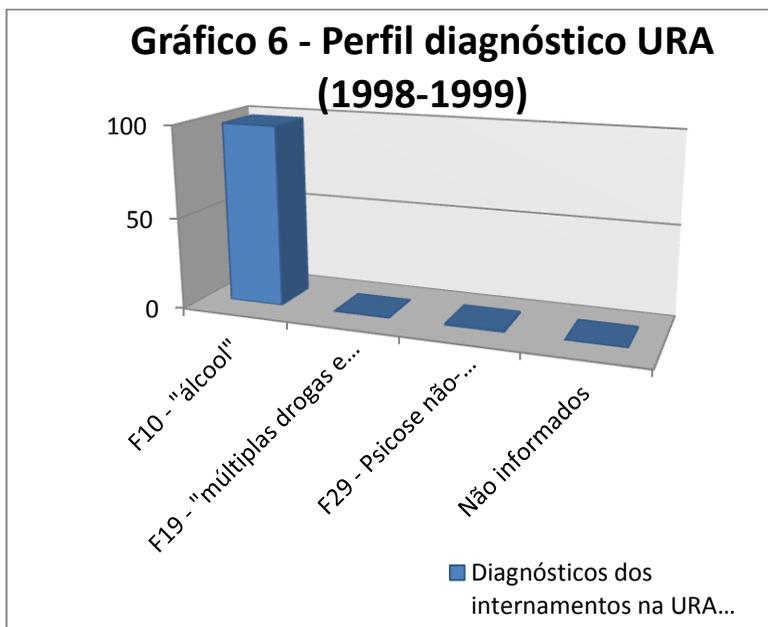
Como será observado, a partir do CID-10 também são registrados diagnósticos enquadrados somente na categoria mais abrangente, ou mesmo na “raiz diagnóstica” (com os três caracteres iniciais) e outros nas subcategorias (com acréscimo do quarto caractere depois do ponto), fenômeno que incita o questionamento sobre o limiar desses quesitos no ato diagnóstico. Embora os objetivos da pesquisa não contemplem uma investigação detalhada sobre as condições da interpretação e do emprego de tais categorias diagnósticas pelos profissionais de saúde que as manejavam no interior da instituição – e dos registros – a aproximação, ainda que prévia à essa questão, procedeu na medida em que se conheciam e decodificavam as fontes. Fundamentalmente, são observações que corroboram aquilo que já fora cotejado sobre os pontos de divergência em relação às classificações médicas-psiquiátricas, que em geral apontam para a problematização de seus usos e coerência efetiva com a realidade concreta.

Logo, os dados descritos abaixo (Cf. Gráfico 6) correspondem aos internamentos realizados desde a mudança para a CID-10 no dia 21 de janeiro de 1998, até 31 de dezembro de 1999, findando assim o quarto livro de registros do conjunto analisado. Nesse período, o perfil diagnóstico dos internamentos realizados na URA se mantém muito semelhante àquele dos anos antecedentes, isto é, intensamente marcado pela preponderância do “alcoolismo”, cuja categorização a partir da CID-10 se faz pelo código F10 e nomeia-se “transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool”. O total da raiz diagnóstica F10 representava 98,6% (1.329 casos) dos internamentos na URA, um percentual decomposto em 78% na categoria abrangente citada e 20,6% na subcategoria F10.2 que acrescenta a especificidade “síndrome de dependência”.

Os diagnósticos relativos ao consumo de outras substâncias psicoativas além do álcool contabilizavam, nesse momento, apenas 0,27% (6 casos) do total de internamentos na unidade, codificados sob a raiz diagnóstica F19 “transtornos mentais e comportamentais devidos ao

uso de múltiplas drogas [...] e outras substância psicoativas”. Pontua-se que, dentre esses, foi identificado um único caso (0,09%) correspondente à subcategoria F19.2, cuja indicação é também a “síndrome de dependência”, enquanto os cinco restantes (0,18%) apresentavam a categoria mais abrangente (F19).

Nessa época, registros de diagnósticos decorrentes de outros transtornos mentais que não há relação – ao menos com base naquilo que a classificação em si expressa – com consumo de substâncias psicoativas, correspondeu a 0,09% (10 casos), sob a categoria F29 “psicose não-orgânica não especificada”. Por fim, identificaram-se dois registros (0,18%) com diagnósticos “não informados”.

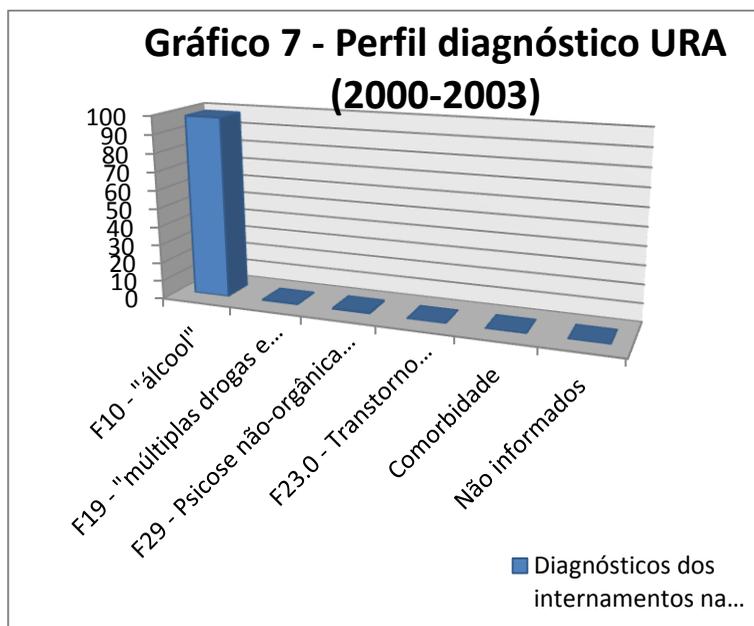


Fonte: PARANÁ-HCAB. **Livro de registro (4)**. Piraquara: HCAB, 1997-1999. Org.: CASAGRANDE, A. D. (2014)

O quinto livro de registro do HCAB/PR compreende os internamentos realizados entre os dias dois de março de 2000 a 31 de dezembro de 2003, a partir dos quais se evidencia um perfil também muito similar ao dos períodos anteriores (Cf. Gráfico 7). Aqui, os diagnósticos referentes à raiz diagnóstica F10 “transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool” equivaleram a 98,3% dos

internamentos na unidade. Porém, observa-se nesse momento uma inversão em relação à distribuição desses na categoria mais abrangente (F10), que ocupa agora uma menor proporção (13,5%) e na subcategoria que indica a “síndrome de dependência” (F10.2), equivalente a maioria dos casos (84,8%).

A categoria F19, “transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas [...] e outras substância psicoativas”, nessa época foi identificada em apenas três registros (0,37%), todos sob sua classificação mais abrangente. Já os demais “transtornos mentais e comportamentais” que se convencionou denominar nessa análise como “extra dependência química”, se identificaram a partir de onze internamentos (0,68%) sob a categoria F29 “psicose não-orgânica não especificada” e um caso (0,06%) sob a categoria F23.0 “transtorno psicótico agudo polimorfo, sem sintomas esquizofrênicos, ambos totalizando 0,74% do total de internamentos da URA. Um único registro (0,06%) apresentou diagnóstico de “comorbidade” e oito internamentos (0,5%) foram realizados sem informação de categorias diagnósticas.



Fonte: PARANÁ-HCAB. **Livro de registro (5)**. Piraquara: HCAB, 2000-2003. Org.: CASAGRANDE, A. D. (2014)

O período que equivale ao sexto livro de registro do HCAB/PR é dos dias dois de janeiro de 2004 a 31 de dezembro de 2006, porém, como já expresso anteriormente na explanação concernente ao Gráfico 1, a análise desse conjunto foi fragmentada ano a ano. Opção orientada pela percepção oriunda de uma leitura prévia do livro na sua íntegra que indicava oscilações significativas no decorrer desses três anos (2004-2006). Além da confirmação do aumento de internamentos das unidades voltadas especificamente ao “alcoolismo” e “dependência química” em relação às demais unidades do hospital, ao analisar os registros de tais anos separadamente é também evidenciado um aumento gradual das categorias diagnósticas referentes ao uso de outras substâncias psicoativas proporcionalmente à diminuição dos diagnósticos devido ao uso de álcool.

Se uma primeira indagação da pesquisa se referia ao aumento percentual de internações nas unidades destinadas especificamente aos “transtornos” relativos à “dependência química” em relação ao total de entradas no hospital psiquiátrico em questão, a partir dos dados do período mencionado identificou-se evidências para uma segunda interrogação proposta, isto é, as condições de emergência desse aumento, mais especificamente, quais tipos de diagnósticos preenchem o espaço que se percebeu alargar. Quais diagnósticos legitimam a alegada “alta demanda” por internamentos psiquiátricos decorrentes do uso de “drogas” e, por sua vez, constituem uma reconfiguração dos mecanismos disciplinares cujo público para o qual se destina também se altera. Dito de outra maneira, inicialmente foi questionado a existência de um fato – a saber, a reconfiguração dos mecanismos disciplinares mediante a inclusão de diagnósticos relativos à “dependência química” no cômputo dos internamentos – confirmada a suposição inicial, num segundo momento foi observado como decorreu tal experiência.

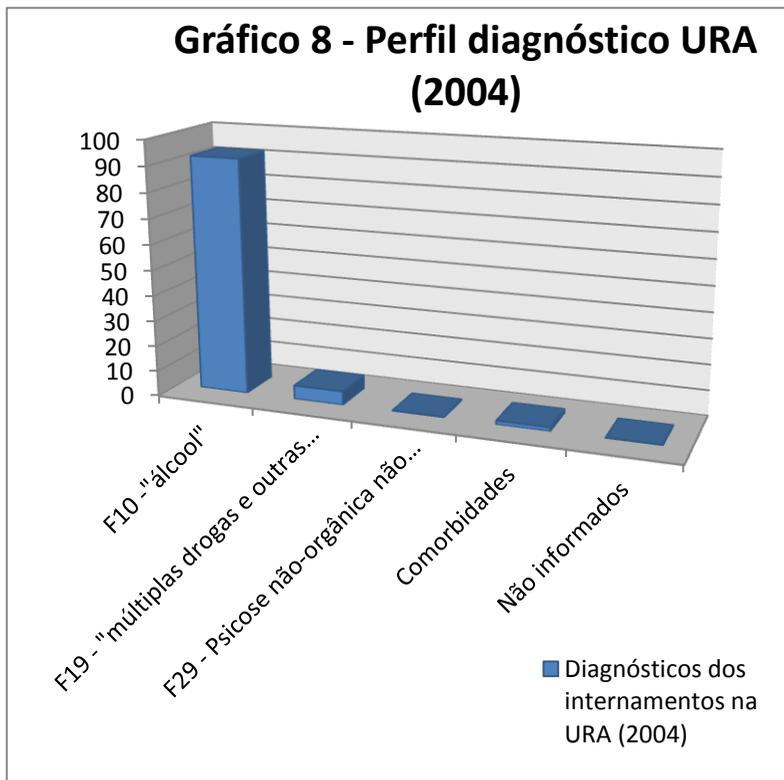
Conforme demonstrado no Gráfico 8, durante o ano de 2004 – especificamente entre os dias dois de janeiro e 31 de dezembro – a raiz diagnóstica que diz respeito ao uso de “álcool” (F10) manteve-se preponderante, porém, em menor proporção comparado com o período anterior (2000-2003), equivalendo agora a 92,3%.

Um valor que representa a soma dos diagnósticos identificados na categoria mais abrangente (F10), equivalente a 43,8% da raiz, juntamente com as subcategorias F10.2 que classifica a “síndrome de dependência” e corresponde a 47,9% – nota-se que essa subdivisão corresponde à fração mais elevada da raiz –, da subcategoria F10.4 que designa a “síndrome de abstinência com delírium” identificada em dois

casos (0,38%), e ainda pelo único registro (0,19%) da subcategoria F10.5, cuja especificação é de “transtorno psicótico”.

Paralelamente à descontinuidade nos diagnósticos derivados do uso de “álcool” em relação aos anos anteriores, a mudança do perfil diagnóstico da URA que começa a se delinear a partir desse ano é também evidenciada pelo aumento significativo de diagnósticos referentes ao uso de “outras drogas”, nesse momento, ainda representados sob a raiz diagnóstica F19 cuja equivalência no total das entradas na unidade subiu para 5,4%. A maior proporção deles (3,6%) foram classificados na subcategoria F19.2, indicando a “síndrome de dependência”, enquanto os demais (1,7%) foram registrados a partir da categoria abrangente F19.

Os demais diagnósticos foram identificados na proporção de oito casos (1,5%) de “comorbidades”, dois casos (0,38%) sob a categoria F29 “psicose não-orgânica não especificada” e mais dois com diagnósticos não informados.



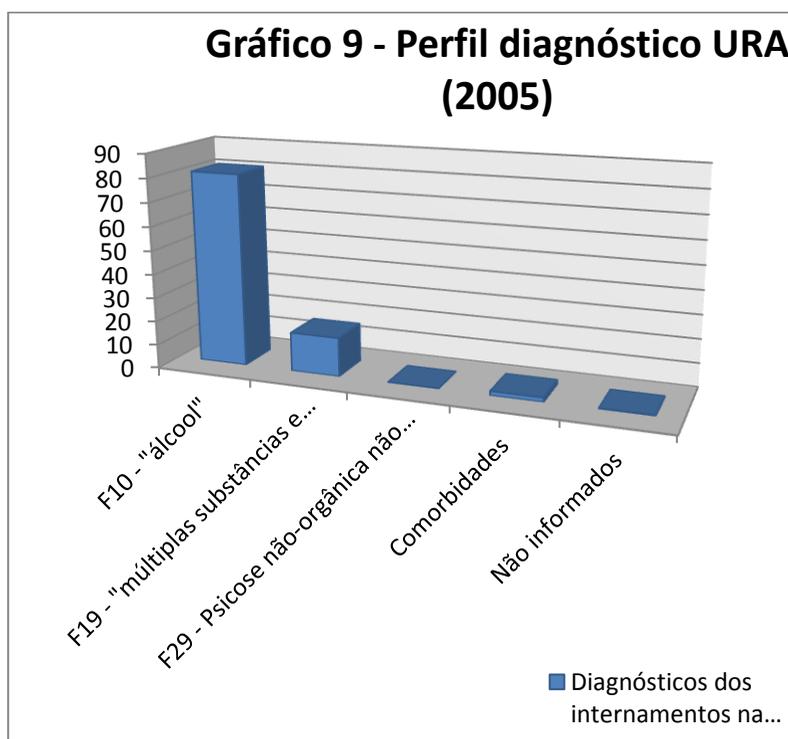
Fonte: PARANÁ-HCAB. **Livro de registro (6)**. Piraquara: HCAB, 2004-2006. Org.: CASAGRANDE, A. D. (2014)

No ano seguinte (2005), dentre os dias três de janeiro a 30 de dezembro, a contagem dos diagnósticos relativos à raiz diagnóstica do “álcool” (F10) apresentou – Cf. Gráfico 9 – uma expressiva redução em relação ao ano anterior, equivalendo nesse momento a 81% dos internamentos da URA. Esse conjunto apresentou-se subdividido, primeiramente, em 3,1% na categoria abrangente F10. Coerente com a tendência anunciada no período que antecede, a subcategoria “síndrome de dependência” (F10.2) indicou prevalência de 77% dos diagnósticos de transtornos devido ao uso de álcool. Registrou-se ainda um caso (0,18%) nas seguintes demais subcategorias: F10.3 “síndrome (estado) de dependência” e F10.5 cuja especificação significa “transtorno psicótico”.

O total da categoria que abrange os transtornos devido ao consumo de “múltiplas drogas [...] e outras substâncias psicoativas”

(F19), por sua vez, representou nesse ano um percentual de 16,3%. Desses, a maior parte (14,5%), assim como no período anterior, se enquadrava na subcategorização da “síndrome de dependência” (F19.2), enquanto que os 1,8% dos casos restantes apresentavam-se na categoria abrangente (F19).

Dos demais diagnósticos registrados na URA nesse período, destaca-se um caso (0,18%) sob a categoria F29 “psicose não-orgânica não especificada”, dez casos (1,8%) de “comorbidades” – sendo elas majoritariamente associações entre as categorias F10 e F19 e um único registro que associa F10 à F29 – e, por fim, dois casos (0,37%) sem informação do diagnósticos.



Fonte: PARANÁ-HCAB. **Livro de registro (6)**. Piraquara: HCAB, 2004-2006. Org.: CASAGRANDE, A. D. (2014)

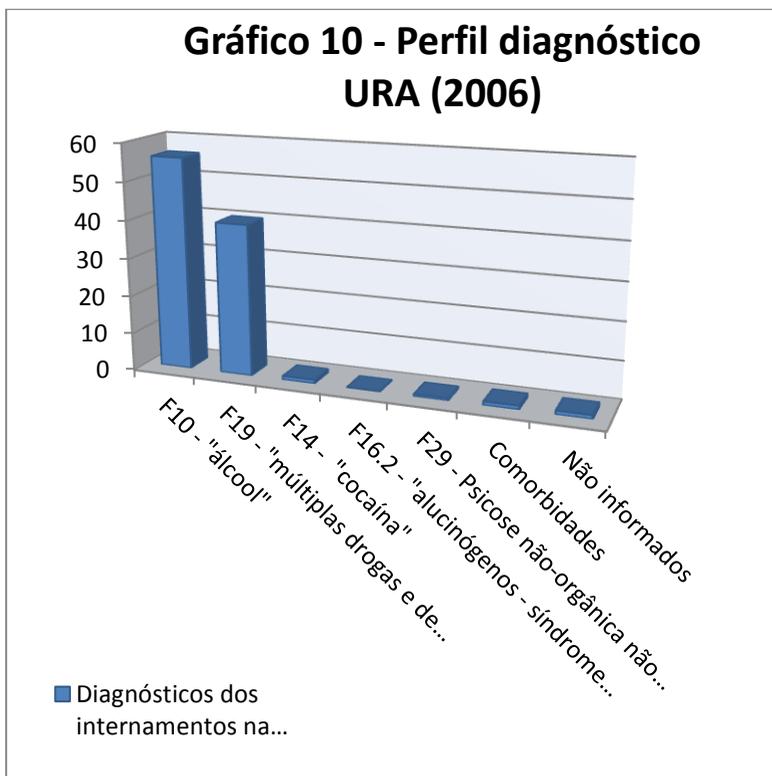
O terceiro e último período correspondente ao sexto livro de registro, no qual se registrou os internamentos do ano de 2006 – entre os dias três de janeiro e 31 de dezembro – é representante de mudanças

significativas que corroboram o objetivo dessa pesquisa, a reconfiguração dos mecanismos disciplinares na instituição psiquiátrica e o perfil diagnóstico de sua clientela. Como pode ser observado no Gráfico 10, o diagnóstico de transtornos decorrentes do uso de “álcool” deixa de ser o diagnóstico notadamente majoritário na URA, equivalendo nesse momento à 56% dos internamentos na unidade. Ainda que o total da categoria F10 tenha reduzido consideravelmente em relação aos anos anteriores, em 2006 esse percentual delimitou-se em variadas subcategorias, distribuídas respectivamente em: 345 casos (52,2%) sob o código F10.2 “síndrome de dependência”; 22 casos (3,3%) sob a categoria abrangente F10; dois casos (0,3%) sob o código F10.0 “intoxicação aguda”; e, um caso (0,15%) sob os códigos, F10.4 “síndrome de abstinência com delirium” e F10.5 “transtorno psicótico”.

A redução de 25%, em relação ao ano anterior, de diagnósticos correspondentes ao “álcool” é evidentemente compensada com a progressão de internamentos sob diagnósticos relativos aos “transtornos” decorrente do uso de “outras drogas”. Registrados nesse período em 40% na categoria F19 “múltiplas drogas e outras substâncias psicoativas”, fragmentados em 2,4% sob a categoria abrangente já anunciada, em 37,4% sob a subcategoria F19.2 “síndrome de dependência” – assim como nos períodos anteriores equivalente à maior parcela dos casos, e em 0,15% (um caso), pela primeira vez, sob a subcategoria F19.9 cujo significado é “transtorno mental ou comportamental não especificado”. Além desses, é registrado nesse ano sete casos (1%) sob a subcategoria F14.2 “transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína – síndrome de dependência”.

Excepcionalmente nesse ano, foi identificado um caso (0,15%) de internamento decorrente de “transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos – síndrome de dependência”, registrado sob a subcategoria F16.2. Dentre os 1988 a 1992, foi também registrado um único internamento decorrente do uso de “alucinógenos”.

Os demais diagnósticos registrados nesse período apresentaram em 0,6% (quatro casos) sob a categoria F29 psicoses não-orgânicas não especificada” e em 1% (sete casos) tanto para as chamadas “comorbidades” e quanto para aqueles “não informados.



Fonte: PARANÁ-HCAB. **Livro de registro (6)**. Piraquara: HCAB, 2004-2006. Org.: CASAGRANDE, A. D. (2014)

A análise do período compreendido pelo sétimo livro de registro, isto é, do dia dois de janeiro de 2007 ao dia 28 de dezembro de 2010, apresentou uma relevante modificação no que tange o “perfil diagnóstico” da URA.

Como pode ser observado no Gráfico 11, é unicamente nesse período em que o percentual de diagnósticos relativos ao “uso de álcool” (F10) passa a ser inferior àqueles referentes ao “uso de múltiplas drogas e outras substâncias psicoativas” (F19), equivalendo respectivamente à 39,1% e 40,1% dos internamentos na URA.

Além disso, ressalta-se que a distribuição do total das duas categorias supracitadas nas suas subcategorias correlativa expressou maior variação.

Os registros sob a categoria relativa ao “álcool” – totalizando 39,1% – foram os que mais se diversificaram, dispersos na seguinte

classificação: 3,5% (62 casos) na categoria abrangente F10; 0,3% (seis casos) na subcategoria F10.0 “intoxicação aguda”; a subcategoria F10.2 “síndrome de dependência” hegemonicamente representou 34,4%; o percentil de 0,3% (seis casos) equivaleu as consecutivas subcategorias, F10.3 “síndrome (estado) de dependência” e F10.4 “síndrome de abstinência com delirium”; a subcategoria F10.5 “transtorno psicótico” somou 0,2% (quatro casos); e, em dois casos (0,1%) na última e indefinida subcategoria, a F10.9 “transtorno mental ou comportamental não especificado”.

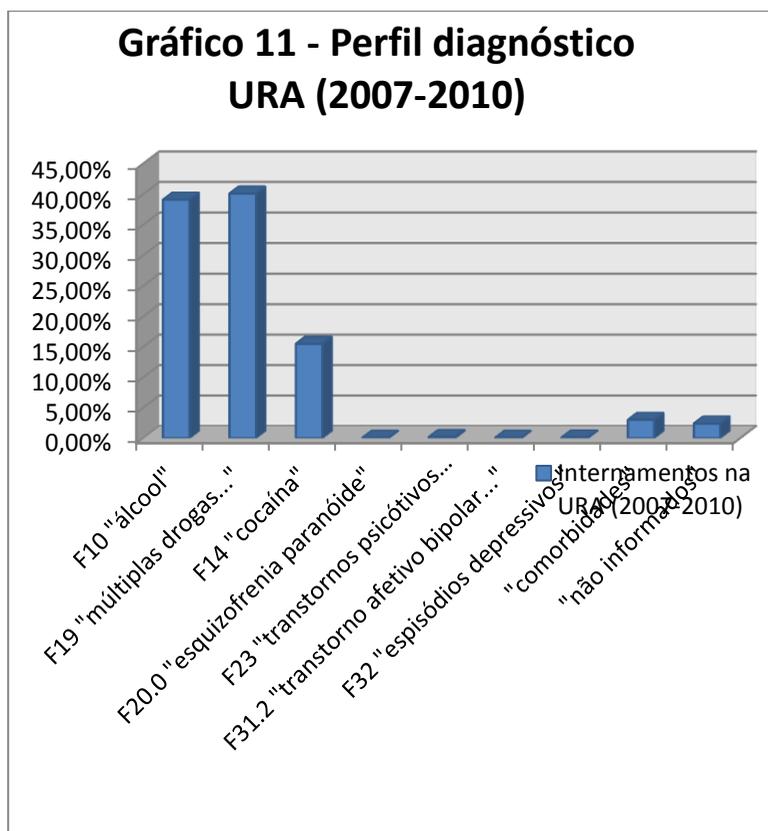
Já os internamentos registrados referentes ao conjunto da categoria relativa aos transtornos devido ao uso de “múltiplas drogas e outras substâncias...” (F19), totalizados em 40,1% do total de entradas na URA, encontraram-se subdivididos em: 4% (72 casos) sob a categoria abrangente (F19); a maior parcela, 36% (631 casos) sob a subcategoria F19.2 “síndrome de dependência”; e, 0,05% (um caso) nas subcategorias F19.3 “síndrome (estado) de dependência” e F19.5 “transtorno psicótico”.

Durante esses anos é evidenciado um aumento vertiginoso de internamentos registrados sob a categoria relativa aos transtornos decorrentes do uso da “cocaína”, classificados pelo código F14, totalizando 15,5% dos internamentos na URA. Esses também se encontram repartidos entre a categoria abrangente em 2,8% (49 casos), também majoritariamente na subcategoria F14.2 “síndrome de dependência” e, por fim, em 0,05% (um caso) na subcategoria F14.9 “transtorno mental ou comportamental não especificado”.

Nesse período é também observado o internamentos de sujeitos identificados por diferentes e variados diagnósticos, totalizados em sete casos (0,4%), divididos e classificados em: um caso (0,05%) sob a subcategoria F20.0 “esquizofrenia paranóide”; três casos (0,17%) sob a categoria F23 “transtornos psicóticos agudos e transitórios”; caso (0,05%) sob a subcategoria F31.2 “transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos”; e, dois casos (0,1%) sob a categoria F32 “episódios depressivos”.

Os internamentos identificados a partir da variante “comorbidades” representaram 3% (53 casos), os quais a partir dos quais se identificou associações variadas entre as categorias relativas ao uso de substâncias psicoativas, mas também, em um número maior que nas épocas passadas, registrou-se categorias diagnósticas distintas e referentes à “outros transtornos mentais e comportamentais”, tais como: F70 “retardo mental leve”, F20 “esquizofrenia”, F32 “episódios depressivos”, F31.5 “transtorno afetivo bipolar, episódio atual

depressivo grave com sintomas psicóticos” e F29 “psicose não-orgânica não especificada”. Já os internamentos que sem informação do diagnóstico representaram 2,4% (43 casos) das entradas na URA entre os anos de 2007 a 2010.



Fonte: PARANÁ-HCAB. **Livro de registro (7)**. Piraquara: HCAB, 2007-2010. Org.: CASAGRANDE, A. D. (2014)

O encerramento da análise do conjunto de livros de registros do HCAB/PR delimitado pela pesquisa acontece no oitavo livro produzido na instituição, cujo curto período de tempo abrangido foi entre os dias três de janeiro de 2011 a quatro de dezembro de 2012. Ressalta-se que o livro oito (8) estava em uso corrente no momento da pesquisa e, por isso, ainda incompleto. Cujo preenchimento, provavelmente ocorreu na sequência dos dias, meses e anos posteriores. Pontua-se que durante

esses dois anos finais do recorte temporal da pesquisa é observado – cf. Gráfico 1 descrito anteriormente – o único período onde os internamentos para a URA se sobrepuseram em quantidade àqueles realizados em outras unidades de “transtornos mentais” em geral do HCAB/PR.

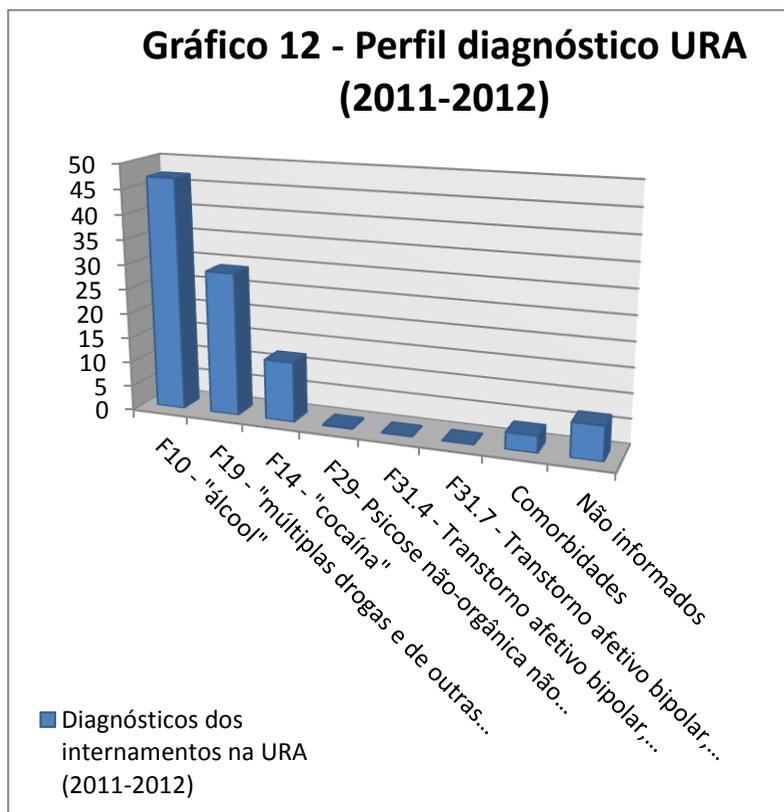
Já o perfil diagnóstico constituído nesse período acompanha a tendência anunciada anos antes, caracterizada em síntese, pelo aumento de internamentos decorrentes – ao menos, assim registrados – de “transtornos mentais ou comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas”. No entanto, é notável uma sutil variação em relação ao período anterior (2007-2010), a partir da qual os diagnósticos relativos ao “álcool” nesses dois últimos anos apresentam-se novamente majoritários, ainda que em um percentual menos desproporcional aos demais diagnósticos. Nesse sentido, apreende-se na observação do Gráfico 12, uma distribuição gradativamente decrescente entre as respectivas categorias, F10, F19 e F14.

A totalidade da categoria relativa ao uso de “álcool” (F10) representou 47% dos internamentos na URA, percentual distribuído em: ocupando a maior parcela do valor, 312 casos (42,5%) sob a subcategoria F10.2 “síndrome de dependência”; 31 casos (4,2%) sob a categoria abrangente acima apresentada; e, um caso (0,14%) sob as subcategorias F10.3 “síndrome [estado] de abstinência” e F10.5 “transtorno psicótico”.

A soma dos internamentos sob a raiz diagnóstica que diz respeito aos transtornos decorrentes do uso das chamadas “múltiplas drogas e outras substâncias psicoativas” (F19) equivaleu à 30% dos internamentos na unidade. Um valor fragmentado em: convergente aos dados do ano 2000 até o período atual analisado, a maior fração dessa classificação, nesse caso 26,4% (194 casos) pertenciam à subcategoria F19.2, que define a “síndrome de dependência”; 3,1% percentil equivaleu aos diagnósticos sob a categoria abrangente (F19); a subcategoria que especifica “intoxicação aguda” (F19.0) representou 0,27% (dois casos); e, a subcategoria cuja definição é “transtorno psicótico residual ou de instalação tardia” (F19.7) foi registrada em um único caso (0,14%).

A classificação de transtornos devido ao uso da “cocaína”, representado pelo código F14 inteirou 12,2% dos internamentos na unidade analisada, decompostos respectivamente em: também com primazia, na subcategoria da “síndrome de dependência”, F14.2, cujo percentil foi de 10,4% (79 casos); na categoria abrangente em 1,4%

(10 casos); e, em um caso (0,14%) na subcategoria F14.9 “transtorno mental ou comportamental não especificado”.



Fonte: PARANÁ-HCAB. **Livro de registro (8)**. Piraquara: HCAB, 2011-2012. Org.: CASAGRANDE, A. D. (2014)

A análise sobre a mudança do perfil diagnóstico caracterizada, em síntese, pela inserção de sujeitos diagnosticados por transtorno mental ou comportamental decorrente do uso desse conjunto de substâncias psicoativas descritas possibilitou a identificação de outro elemento do fenômeno importante, isto é, a faixa etária dessa população do hospital. Embora não se realizou a contagem minuciosa desse indicador ao longo do conjunto das fontes, foi possível identificar em profundidade as idades dos sujeitos internados – e sua relação percentual entre as faixas etárias – dentre os anos de 1983 a 1985 e, posteriormente, de 2011 a 2012. É nitidamente observada a diferença das idades entre as

categorias do “alcoolismo” e daquelas relativas às “outras drogas” – no caso, especificamente os diagnósticos F19 e F14.

No primeiro momento conforme ilustrado abaixo, marcado integralmente por internamentos decorrente de diagnósticos decorrente do uso de “álcool”, a faixa etária prevalecente é relativa aos 40 anos, sendo disposta decrescentemente as respectivas faixas: 50, 20 e 60 anos.

Internamentos CRA 1983-85	Faixa etária	%
1°	40-49 anos	36,4%
2°	30-39 anos	27,4%
3°	50-59 anos	15,6%
4°	20-29 anos	13,5%
5°	+ 60 anos	1,6%

No segundo período analisado, correspondente aos últimos anos de funcionamento da unidade – 2011 a 2012 – a mudança que se apresenta é também relativa aos novos diagnósticos relativos ao uso de “outras drogas”. Enquanto o perfil da parcela referente à categoria do “álcool” (F10) permanece muito similar aos primeiros anos, composta, sobretudo por faixas etárias mais elevadas, as categorias F19 e F14 carregam a distinção daquele perfil de idades do “alcoolismo”. Conforme ilustrado nas três tabelas abaixo, separadas respectivamente pelo diagnóstico F10 “álcool”, F19 “múltiplas drogas e outras substâncias psicoativas” e F14 “cocaína”, percebe-se uma inversão das faixas etárias predominantes em cada um desses diagnósticos. Em suma, o uso de “outras drogas” foi registrado, em grande medida, em internamentos de sujeitos mais jovens do que aqueles que se caracterizam pelo diagnóstico de “alcoolismo”.

Internamentos URA 2011-2012 (F10)	Faixa etária	%
1°	40-49 anos	37%
2°	30-39 anos	29,2%
3°	50-59 anos	19,5%

4°	60-69 anos	6,7%
5°	20-29 anos	6,1%
6°	70-79 anos	0,8%
7°	80 anos	0,3%

Internamentos URA 2011-2012 (F19)	Faixa etária	%
1°	20-29 anos	46,8%
2°	30-39 anos	31,4%
3°	40-49 anos	10%
4°	< 20 anos	7,3%
5°	50-59 anos	3,6%

Internamentos URA 2011-2012 (F14)	Faixa etária	%
1°	20-29 anos	48,4%
2°	30-39 anos	28%
3°	40-49 anos	10,8%

4°	< 20 anos	8,6%
5°	50-59 anos	3,2%

Sublinha-se que, em síntese, a reconfiguração dos mecanismos disciplinares do HCAB/PR dentre os anos de 1983 a 2012 referiu-se a uma mudança no perfil diagnóstico das unidades de internamento voltadas ao “alcoolismo” e a “dependência química”, especificamente no que tange o aumento de entradas decorrentes do uso das ditas “outras drogas”, representadas majoritariamente por sujeitos jovens.

Destaca-se, ainda, que a normatividade e quiçá, a repetitividade da apresentação dos dados realizada até aqui decorrem diretamente da descrição fidedigna das classificações diagnósticas dispostas nas fontes. Contudo, devo pontuar que não foram apropriadas de maneira simplista e naturalizadora, como se representassem estrita e integralmente a realidade concreta. Ao contrário disso, ao modo da reflexão sociológica devem ser problematizadas, uma tarefa que se inicia a partir de então.

4.2 O dispositivo da “dependência química” no contexto da biopolítica

A objetivação de uma reconstituição histórica sobre a assistência aos “dependentes químicos” nessa instituição foi balizada por alguns questionamentos, a partir dos quais se complexificou a análise da problemática sociológica, da seleção das fontes e construção dos dados.

A partir da diferenciação das classificações de “alcoolismo” e “toxicomanias”, apresentadas em um quadro estatísticos dos diagnósticos prevalentes no HCAB/PR durante os seus primeiros sete meses de funcionamento e, a subsequente informação de que nesse período foram registrados internamentos sob a categoria “alcoolismo” e nenhum sob a “toxicomania”, sendo a primeira, inclusive, o segundo diagnóstico mais freqüente entre os homens (PARANÁ-HCAB, 1955, f. 40), a primeira indagação referiu-se à época em que a instituição recebeu o primeiro “toxicômano”, ou mesmo “dependente químico”.

Considerando a lacuna de documentos existentes dentre as décadas de 1960 e 1970, ou seja, entre o dado supracitado e o início do recorte temporal das fontes identificadas pela pesquisa, o desfecho para a questão acima levantada será considerado a partir dos documentos analisados, isto é, do ano de 1983 a 2012.

Conforme a descrição dos dados do perfil diagnóstico dessas unidades é somente nos internamentos dentre os anos de 1983 a 1985, documentados no livro de registro que inicia o conjunto analisado, se registrou somente diagnósticos relativos ao uso de “álcool”. Ressalta-se que esse livro constitui-se como única fonte referente às atividades do primeiro espaço específico aos internamentos de tais casos, Centro de Recuperação de Alcoolistas (CRA), e que logo em seguida, na inauguração do segundo espaço, a Unidade de Recuperação de Alcoolistas/Adictos (URA), em 1988, é registrado pela primeira vez o internamento sob a categoria diagnóstica “dependência de drogas”, ainda que em uma ínfima proporção de 3% dos internamentos na unidade¹⁰².

Nesse sentido, o questionamento sobre a época que ocorreram os internamentos sob diagnósticos relativos às “outras drogas” parece coincidir com a segunda questão proposta pela pesquisa, a saber, se existiram espaços físicos destinados exclusivamente à “alcoolistas e dependentes químicos” dentro do HCAB/PR. Como visto, a primeira unidade, da qual se tem registros somente no primeiro livro do conjunto analisado é simultaneamente o único período onde se registra somente diagnósticos relativos ao uso de “álcool”. Ainda que sem informações que possibilitassem explorar esse dado, supõe-se que a própria mudança desses dois espaços dentro do hospital voltados ao internamento de tal especialidade possa ter influenciado essa conjuntura. Possivelmente a disponibilidade de recursos materiais e humanos para o atendimento especializado ao “alcoolismo”, bem como, a proposta do serviço em geral do CRA pode ter determinado a exclusividade desse diagnóstico.

A partir do início das atividades da segunda unidade – URA – em 1988, é verificado tanto o aumento da proporção de internamentos para essa unidade no cômputo total de entradas no hospital, quanto uma gradual diferenciação dos diagnósticos, resultando na decaída do percentual do “alcoolismo” a despeito de um acentuado crescimento de entradas sob diagnósticos referentes às “outras drogas”.

Desse modo, foi possível confirmar que existiu uma mudança do perfil diagnóstico da população desse hospital. A seguir, serão explicitados os principais elementos que caracterizam esse processo.

Como visto, a partir de 1988 são registrados os primeiros diagnósticos referentes à “dependência de drogas”, no CID-9 sob o

¹⁰² O primeiro internamento na URA sob a categoria 304.9 – da CID-9 – ocorreu em 22 de maio de 1988, visto que os registros para a unidade iniciaram pouco antes, em 12 de abril do mesmo ano.

código 304. O período que se estende até o ano de 1992 é aquele onde, além da categoria citada houveram mais subcategorias registradas – a partir das quais se identifica o tipo de substância psicoativa consumida –, a saber, seis entre as dez variações que o manual descrevia. O período seguinte, de 1993 a 1996 o número de subcategorias do diagnóstico 304 se reduz a três e em seguida, de 1997 ao início do ano de 1998 é registrado somente a última subcategoria relativa ao “não especificado”.

Observa-se que posteriormente à mudança de referência dos diagnósticos da CID-9 para a CID-10, em 1998, há também uma substancial reconfiguração do perfil diagnóstico da URA. Diferentemente dos anos anteriores, dessa época até o ano de 2003 os registros concernentes ao consumo de demais substâncias além do “álcool” foram integralmente registrados na categoria expressa pelo novo manual da CID-10 intitulada “transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e outras substâncias psicoativas” (F19). Nesse ínterim, o total de tal categoria não atingiu à meio por cento das entradas na URA, como também, apresentou-se majoritariamente sob a categoria abrangente, sendo registrado uma única vez a subcategoria “síndrome de dependência” (F19.2).

O ano de 2004 demarcou o início de uma expressiva modificação no perfil diagnóstico da unidade que se intensificou nos próximos anos. Enquanto que anteriormente, dentre os anos de 2000 e 2003, a categoria F19 tinha representado um reduzido percentil de 0,37% dos internamentos na unidade, somente em 2004 tal categoria equivaliu a 5,4%, aumentando progressivamente em 2005 para 16,3% e, em 2006 para 40%. Posteriormente, dentre os anos de 2007 a 2010 o percentual dessa classificação se mantém, decaindo minimamente para 30% entre os dois últimos anos que correspondem à análise, isto é, 2011 e 2012.

Ressalta-se que nos períodos anteriores contemplados pela pesquisa somente dentre 1988 a 1996 – abrangidos pelo segundo e terceiro livro de registro – foi verificado internamentos decorrentes especificamente do uso de “cocaína”, naquele período, sob a subcategoria 304.2 da CID-9. No ano de 1997, como visto acima, registrou-se somente a categoria abrangente (304) e a subcategoria “não especificada” (304.9). A partir disso, passando pela mudança à décima revisão da CID em 1998, foi somente no ano de 2006 que novamente o uso de cocaína foi diagnosticado em uma classificação própria, categorizada pela atual CID-10 pelo código F14, equivalendo nessa época a 1% das entradas na URA. No período posterior, dentre 2007 e

2010 os registros sob essa categoria apresentou um aumento exponencial em relação ao ano precedente, chegando à margem de 15,5% dos internamentos na unidade. Mantendo-se semelhantemente a esse percentual, nos anos finais da análise (2011-2012) os transtornos devido ao uso de “cocaína” mantiveram-se em 12,2% na unidade.

Importante ressalva se faz sobre a mudança de nomenclatura da URA para Unidade de Recuperação de Adictos – conforme analisado no terceiro capítulo – ocorrida provavelmente em torno do ano de 2006, simultaneamente ao momento em que se registra um aumento de entradas e sujeitos sob categorias diagnósticas referente ao uso de “outras drogas”, verificado pela pesquisa.

O aumento gradual das categorias relativas às “outras drogas” incide conseqüentemente na diminuição do número de internamentos sob as categorias relativas ao uso de “álcool”, as quais sobressaíram em distinta proporção até por volta do ano de 2004, decaindo gradativamente nos anos posteriores, representando em suma, uma média de metade das entradas na URA. Somente dentre os anos de 2007 e 2010, os internamentos sob a categoria F19 “múltiplas drogas e outras substâncias...” ultrapassaram aqueles relativos à categoria F10 “álcool”. E, se somada à categoria F14 “cocaína”, pode-se afirmar que esse foi o período onde os internamentos decorrentes exclusivamente de transtornos devido às “outras drogas” tiveram alta prevalência em relação aos diagnósticos relativos ao uso “álcool” na unidade do HCAB/PR pesquisada, a URA.

Nos anos finais da análise, compreendidos pelo oitavo livro de registro observou-se que o perfil diagnóstico da URA se constituiu a partir das três categorias relativas ao “álcool”, à “outras drogas” e à “cocaína” (F10, F19 e F14). Distribuídas respectivamente em proporções decrescentes e progressivamente, demarcando certo equilíbrio entre tais diagnósticos. Um contexto diverso àquele correspondente aos anos de 1983 à 2006, caracterizado pela disparidade entre os registros de “alcoolismo” e das demais categorias. O contexto analisado pela pesquisa, podendo ser caracterizado por um processo de reconfiguração dos mecanismos disciplinares, discursos e práticas psiquiátricas indicam a proposta de “pensar a psiquiatria como racionalidade científica submetida à fatores socioculturais de seu tempo e lugar, recebida e reelaborada ativamente pelos agentes que dela se apropriam.” (FACCHINETTI, et.al, 2010 p. 531).

Sabendo que o aumento de entradas no hospital psiquiátrico em questão resulta em grande parte dos registros da categoria F19, cabe aqui a reflexão crítica da constituição da própria classificação, bem

como, da sua forma de apropriação e reprodução nas práticas médico-hospitalares. Primeiramente, ao considerar a primeira indicação da nomenclatura, isto é, o “uso de múltiplas drogas”, entende-se que o ato do sujeito diagnosticado constituiu-se no consumo de diferentes substâncias simultaneamente. Sendo assim, questiona-se o que diferencia essa descrição diagnóstica de grande parte dos casos de “comorbidades” registrados, caracterizados pela associação de tal categoria que já indica a multiplicidade de substâncias à outras categorias que especificam demais “drogas”, no caso analisado salva raras exceções, majoritariamente o álcool e a cocaína. Casos como esses conduzem a análise para esforços teóricos sistematizados que indicam a compreensão de que,

O deslocamento do olhar clínico em favor de parâmetros pretensamente mais objetivos, como o uso de instrumentos estatísticos de avaliação e diagnóstico, está diretamente associada à dificuldade para estabelecer fronteiras mais ou menos precisas entre normalidade e patologia psíquica num campo que, como a psiquiatria, se legitima com os parâmetros da medicina clínica indissolúvelmente vinculado a essa polaridade. (CAPONI, 2013, p.115)

A reflexão sobre a categoria F19 se complexifica a partir da observação à segunda indicação nosográfica, isto é, “uso de outras drogas”. A partir desse exemplo, bem como de grande parte das categorias e subcategorias que classificam o “não especificado” – geralmente representando nos códigos da classificação pelo número nove – entende-se que as próprias classificações de doenças oferecem possibilidades diagnósticas fora do seu alcance de identificação e controle. E que, para interesse específico dessa pesquisa é relevante o fato da experiência do internamento psiquiátrico decorrente do uso de “outras drogas” – ou mesmo, da “dependência química” – constituir-se majoritariamente sob um diagnóstico do uso de substâncias psicoativas não classificadas pelo saber médico. Nesse sentido, verifica-se que as classificações médicas não constituem uma circunscrição precisa da realidade, sempre é uma categorização precária e muitas vezes ambivalente. Nesse sentido, Bauman (1999) argumenta que,

A ambivalência, possibilidade de conferir a um objeto ou evento mais de uma categoria, é uma

desordem específica da linguagem, uma falha da função nomeadora (segregadora) que a linguagem deve desempenhar. [...] E no entanto a ambivalência não é produto da patologia da linguagem ou do discurso. É, antes, um aspecto normal da prática linguística. Decorre de uma das principais funções da linguagem: a de nomear e classificar. [...] Classificar significa separar, segregar. Significa primeiro postular que o mundo consiste em entidades discretas e distintas; depois, que cada entidade tem um grupo de entidades similares ou próximas ao qual pertence e com as quais conjuntamente se opõe a algumas outras entidades; e por fim tornar real o que se postula, relacionando padrões diferenciais de ação a diferentes classes de entidades (a evocação de um padrão de comportamento específico tornando-se a definição operacional da classe). Classificar, em outras palavras, é dar ao mundo uma *estrutura*: manipular suas probabilidades, tornar alguns eventos mais prováveis que outros, comportar-se como se os eventos não fossem casuais ou limitar ou eliminar sua casualidade. (BAUMAN, 1999, p.9)

Diante disso, a análise retorna às informações obtidas em estudo preliminar de mapeamento do campo de pesquisa, coletadas por meio de entrevistas semi-estruturadas a partir das quais observou que os discursos de diferentes representantes institucionais das instituições psiquiátricas pesquisadas indicavam que as internações decorrentes de “dependência química” atualmente deviam-se, em grande escala, ao uso da substância psicoativa conhecida por “*crack*”.

A partir dos dados apresentados na pesquisa, a suspeita que se exprime é se os usuários de crack, cuja existência, conforme alega o discurso médico-institucional, denotada a chamada “alta demanda” por internamentos psiquiátricos estão circunscritos pelo conjunto de entradas no HCAB/PR realizadas sob a categoria F19, isto é, os transtornos relativos ao uso de “múltiplas drogas e outras substâncias psicoativas”?¹⁰³

¹⁰³ Ressalta-se que o tipo de documento analisado, os livros de registros do HCAB/PR confere a limitação da informação adicional do diagnóstico citado, cuja suspeita levantada poderia ser suprida em análises documentais a partir de

A análise dessa categoria diagnóstica desponta outras questões críticas. Primeiramente, em termos de pesquisa sócio-histórica lacunas interpretativas do problema social em questão se constituem a partir do próprio caráter indefinido e inespecífico da classificação. Dito de outra maneira, considerando ainda a peculiaridade da brevidade das informações contidas nas fontes privilegiadas por essa pesquisa, os livros de registros – dados aprofundáveis mediante demais documentos de registro médico que, certamente, produziu-se ao longo das atividades no HCAB/PR –, embora seja identificável um perfil diagnóstico composto por uma determinada classificação diagnóstica, não é possível o traduzir em suas minúcias. Para além do campo das ciências humanas, há que considerar que a imprecisão do dado alegada acima possa interferir na precariedade dos instrumentos de investigações na área da saúde mental, da saúde pública, bem como, das estatísticas médicas e da epidemiologia. Em segundo lugar, como decorrência desse processo de indefinição do termo vê-se corroborar certa padronização e homogeneização de sujeitos distintos, diferentes histórias de vida, substâncias consumidas, padrões de valores ou mesmo, de diversas formas de sofrimento e demanda de atenção.

Assim, vê-se despontar na análise os aspectos da biopolítica que perpassam a questão das classificações diagnósticas em nível do controle populacional, pois como se evidencia,

[...] a vida da biopolítica não se refere a sujeitos capazes de traçar narrativas sobre sua própria história. Ela se refere a sujeitos anônimos e intercambiáveis, cujas histórias carecem de significação, pois do se que trata é de populações, de corpos substituíveis que devem ser maximizados e aperfeiçoados e não se sujeitos morais de suas próprias ações. (CAPONI, 2013b, p.113)

Apesar do crack não estar ainda reconhecido como uma categoria própria na décima revisão da Classificação Internacional de Doenças – referência atual de registros médico-hospitalares – é preciso reconhecer, conforme aponta a recente pesquisa de Rui (2012, p.45), que atualmente “o crack acabou ganhando uma notoriedade inesperada. Nos

outras fontes da instituição, como por exemplo, os prontuários médicos do conjunto de internamentos realizados a partir da categoria F19 identificados pela presente pesquisa.

jornais impressos, na televisão, nas políticas urbanas e de saúde, entre os traficantes, onde eu olhasse parecia só ver falar do crack”. Uma exaltação pública em torno dessa substância psicoativa de recente circulação no país que impulsionou o fato de seu consumo ser figurado como uma “suposta ‘epidemia do crack’”¹⁰⁴. Ao justificar como que essa “notoriedade do crack” influenciou os objetivos de seu estudo, no qual a figura do “nóia” – um dos termos usado para referir-se ao usuário de crack – teve centralidade na investigação a autora afirma que,

[...] ao contrário do que mostra a matéria do jornal que, a partir dessa nomeação, generaliza e homogeneiza a experiência dos usuários, bem como as distintas possibilidades de uso, a pesquisa empírica revela que trata-se de uma categoria, a um só tempo, de acusação e de assunção que agrupa abstratamente apenas um segmento muito particular de usuários: aqueles que, por uma série de circunstâncias sociais e individuais, desenvolveram com a substância uma relação extrema e radical, produto e produtora de uma corporalidade em que ganha destaque a abjeção. Se da perspectiva das interações concretas trata-se de uma categoria bastante plástica, quase inalcançável; é instigante o fato de que tal plasticidade some quando se fala publicamente do uso de crack: imediatamente é essa figura que emerge e justifica todo o aparato repressivo, assistencial, religioso, midiático e sanitário. Tal como imaginada, ela evoca limites corporais, sociais, espaciais, simbólicos e morais; impulsiona a criação de gestões que visam tanto recuperação quanto eliminação; e também centraliza o investimento dos inúmeros dispositivos políticos que passaram a lidar diretamente com a questão. (RUI, 2012, p.9)

Para além das fontes obtidas pela pesquisa na instituição, cujos resultados foram avaliados até aqui, a investigação lançou mão de demais documentos que pudessem aprofundar a análise sobre o atual

¹⁰⁴ Conforme dados apresentados por Rui (2012), os primeiros registros do aparecimento do crack na cidade de São Paulo data dentre os anos de 1987 e 1990, embora a droga fosse muito popular nos Estados Unidos desde meados da década de 1980.

aumento de internamentos psiquiátricos sob o diagnóstico da “dependência química”, e em grande medida, decorrente do uso de crack. Discursos jurídicos que compõem um conjunto de legislações e propostas de leis que configuram o atual cenário de controle e gestão do consumo de “drogas” no âmbito da saúde mental foi especialmente analisado, no intuito de reconhecer as condições de emergência do contexto sócio-histórico da experiência da “dependência química” no espaço das instituições psiquiátricas. Pois como é evidenciado,

[...] a vida não é considerada pela biopolítica em um sentido coloquial, ou vulgar. Pelo contrário, ela leva a carga epistemológica de uma vida objetivada pelos discursos, os modos de classificar, medir, intervir e avaliar próprios das ciências biológicas e médicas, construídos entorno da oposição normal-patológico. Por essa razão a medicina, a higiene e a saúde pública, ocupam um lugar privilegiado nas sociedades modernas, possibilitando a articulação entre saberes sobre o biológico e as intervenções governamentais sobre indivíduos e populações. (CAPONI, 2013b, p.112)

Procurou-se então, como se constitui o cenário mais atual em relação às intervenções governamentais sobre o controle do uso de “drogas” e da “dependência química”.

Em 20 de maio de 2010, por meio do decreto nº 7.179 é instituído pelo governo brasileiro o “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas”, criou-se o comitê e definiu outras providências, com a finalidade de prevenção do uso, tratamento e à reinserção social de usuários, além de propostas para o enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas.

Conforme o artigo quinto da lei, o plano é composto de dois tipos de ações, denominadas “imediatas” e “estruturantes”. As imediatas, descritas no primeiro parágrafo subdividem-se em oito incisos, sendo na ordem do primeiro aquele que se refere à “ampliação do número de leitos para o tratamento de usuários de crack e outras drogas” (BRASIL, 2010).

Passado um ano, a alteração dessa lei se fez a partir do decreto nº 7.637, de oito de dezembro de 2011, a partir do qual, entre outras inclusões destaca-se especialmente para a análise o artigo 7ºA, determinando que para execução do “Plano de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas” convênios, contratos de repasse, termos de cooperação,

ajustes ou instrumentos congêneres poderão ser firmados com órgãos e entidades da administração pública federal, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com consórcios públicos, bem como, com entidades privadas (BRASIL, 2011). Vê-se com essa lei a viabilidade de parcerias entre governos e instituições de natureza jurídica pública e privada de assistência/atenção aos usuários de “crack” e outras “drogas”, como por exemplo, aquelas destinadas ao internamento psiquiátrico desses sujeitos.

Esse campo de possibilidades em relação ao internamento de “dependentes químicos”, incitado pela recente atualização dessa legislação, já havia sido demarcado também em 2010 – mesmo ano da instituição do plano de governo supracitado em sua forma original – a partir do decreto da lei nº 12.219, que altera o artigo 73 da já mencionada lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006 a “Lei Nacional de Drogas”, a chamada “nova lei de drogas”, isto é, a legislação brasileira mais atualizada sobre “drogas”. O artigo 73 incluído pela lei de 2010 determina que,

A União poderá estabelecer convênios com os Estados e o com o Distrito Federal, visando à prevenção e repressão do tráfico ilícito e do uso indevido de drogas, e com os Municípios, com o objetivo de prevenir o uso indevido delas e de possibilitar a atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas. (BRASIL, 2010b – grifos meus)

O contemporâneo cenário político-legislativo de controle das “drogas” nos diferentes aspectos vinculados com esta problemática – ex. jurídico/criminal, saúde/doença, moral/simbólico – é fomentado também por outros elementos do campo legislativo, cuja investigação se faz importante para a análise sócio-política do atual contexto de internamentos psiquiátricos decorrentes da “dependência química”.

Destaca-se primeiramente, o Projeto de Lei (PL) nº 7663 publicado em 2010, de autoria do Sr. Osmar Terra (Deputado Federal, Partido do Movimento Democrático Brasileiro – PMDB) com objetivo de acrescentar e alterar dispositivos à lei nº 11.343, de 2006 – a “nova lei de drogas”. Além do grande aspecto tratado pelo documento, isto é, de tratar do “Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas”, dentre os demais atributos do projeto volta-se a atenção para àqueles que dizem respeito ao interesse específico da presente pesquisa, tais quais,

“obrigatoriedade da classificação das drogas” e, especialmente, da “definição das condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas”. O décimo artigo da PL nº7663/10 trata da alteração do artigo 23 da lei nº 11.343/06. O qual insere-se no capítulo II “Das atividades de atenção e de reinserção social de usuários ou dependentes de drogas” e preconiza que programas de atenção voltados a essa população desenvolvidos pelas redes dos serviços de saúde de todas as esferas administrativas do poder público respeitassem as diretrizes do Ministério da Saúde e os princípios explicitados no art. 22 da lei¹⁰⁵, sendo obrigatória a previsão orçamentária adequada (BRASIL, 2006). Nessa versão o artigo não conta com demais subdivisões.

O artigo 10 da PL indicado propõe o acréscimo de três parágrafos que se avalia importante para a análise. O segundo parágrafo sugerido estima que,

Na hipótese da inexistência de programa público de atendimento adequado à execução da terapêutica indicada [cf. o primeiro parágrafo, elaborada e executada por uma equipe técnica multidisciplinar e multissetorial], o Poder Judiciário poderá determinar que o tratamento seja realizado na rede privada, incluindo internação, às expensas do poder público. (BRASIL 2010c – grifos meus)

Seguidamente, o terceiro parágrafo desse mesmo artigo do projeto de lei descreve que os programas de atenção ao usuário ou dependente de drogas deverão se organizar a partir de três etapas – divididas em incisos do parágrafo – que permitam, respectivamente: 1) a articulação com ações preventivas, preferencialmente de alcance domiciliar dessa população; 2) a oferta de leitos para internação de acordo a necessidade estimada pelos dados do Sistema Nacional de

¹⁰⁵ O artigo 22 dessa lei trata dos princípios e diretrizes que devem ser observados nas atividades de atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, bem como, de seus respectivos familiares, sendo alguns deles, conforme analisado no capítulo 1 da dissertação, orientados por princípios de atenção multidisciplinar, equipes multiprofissionais, redução de riscos sociais e à saúde (BRASIL, 2006). Ressalta-se que em nenhum momento da lei é descrito algo sobre internamentos psiquiátricos, ao contrário, evidencia formas de atenção orientadas por prerrogativas baseadas no movimento de Reforma Psiquiatria.

Informação sobre Drogas; e, 3) a brevidade no período de internação a fim de favorecer, como etapa posterior, opções de trabalho, cultura, educação e interação social nos modelos urbano e rural (BRASIL, 2010c).

Além disso, o artigo 11 desse projeto sugere a inclusão do artigo 23-A à lei nº 11.343/06, que define critérios a serem obedecidos na internação de usuários ou dependentes de drogas. Conforme inciso I, a internação seria realizada por médico/a devidamente registrado/a no Conselho Regional de Medicina (CRM) da unidade federativa de localização do estabelecimento onde ocorrerá. E no inciso II são definidas as formas mediante as quais tais internações ocorreriam, caso o projeto seja aprovado, a saber: a) “internação voluntária”, definida pelo consentimento da pessoa internada; b) “internação involuntária”, dada sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiros; e, c) “internação compulsória”, que se constitui na determinação pela Justiça (BRASIL, 2010c).

Diante de alguns pontos do documento analisados e descritos até aqui, fica evidente a incitação promovida pelas passagens do projeto de lei referida à prática do internamento de “dependentes químicos”. Por outro lado, o parágrafo sexto desse mesmo artigo, contraditoriamente determina que “o planejamento e execução da terapêutica deverá observar o previsto na Lei nº 10.216/01”, a chamada lei nacional de Reforma Psiquiátrica, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas “portadoras” de transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental.

4.2.1 Reforma Psiquiátrica, o crack e a configuração de um “risco”

Como já avaliado, a partir da legislação de Reforma Psiquiátrica se propõem a substituição do modelo chamado “hospitalocêntrico” (baseado no internamento hospitalar psiquiátrico) por um modelo psicossocial de assistência, cuja preconização fundamental é a substituição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos por serviços extra hospitalares, de caráter aberto – como os CAPS, os ambulatórios, hospitais-dia, leitos em hospitais gerais –, impedindo a internação em caráter asilar, bem como, proibindo a criação de novos leitos psiquiátricos (AMARANTE, 2011).

Ainda, na contramão dos preceitos anunciados pela lei de Reforma Psiquiátrica, outro projeto de lei, sob o nº 3.365, proposto pelo Sr. Eduardo da Fonte (Deputado Federal, Partido Progressista – PP) em 2012, cuja justificativa é destinar-se a “atualizar e remodelar a

possibilidade de internação compulsória dos dependentes químicos” em caso de suposta comprovação de sua “necessidade para fins terapêuticos” ou “necessários à ordem pública” (BRASIL, 2012). Esse projeto propõe a mudança do artigo 28 do Decreto-Lei n° 891, de 25 de novembro de 1938, o qual descrevia que “os toxicômanos ou os intoxicados habituais, por entorpecentes, por inebriante em geral ou bebidas alcoólicas, são passíveis de internação obrigatória ou facultativa por tempo determinado ou não” (BRASIL, 1938). Observa-se que a proposta de lei analisada traz reformulações, principalmente no que tange a atualização dos termos utilizados para designar parte de uma população consumidora de substâncias psicoativas que potencialmente correm o risco da “dependência química”, sujeitos outrora nomeados “toxicômanos” passam a serem identificados como “dependentes de drogas”. Literalmente, a redação do artigo que o projeto quer fazer vigorar é,

Art. 29. Os dependentes de drogas, de inebriantes em geral ou de bebidas alcoólicas, independentemente da idade, são passíveis de internação obrigatória por ordem judicial, por tempo determinado ou não, a pedido da família, responsável legal ou do Ministério Público, quando comprovada a necessidade de tratamento adequado ao enfermo, ou for conveniente à ordem pública. (BRASIL, 2012)

Nota-se que dentre variados argumentos anexados as justificativas do projeto, a suposta “epidemia do crack” ocupa posição privilegiada na fundamentação para tal movimento político-legislativo. Colocado como indubitável o caráter epidêmico que configura o consumo dessa substância na contemporaneidade, afirmado que as estratégias de enfrentamento desse fenômeno constituem-se em “um dos maiores desafios da sociedade moderna”, o autor do projeto argumenta que “não podemos mais perder tempos com discursos. É preciso agir imediatamente” (BRASIL, 2012). E essa ação imediata articulada na pauta de uma nova política pública de combate às drogas é representada nessa proposta de lei, em suma, pela possibilidade de fazer uso dos mecanismos disciplinares do hospital psiquiátrico como instrumento para tratar o problema social da “dependência química”, uma vez que essa denota a noção de risco à saúde individual e coletiva, bem como, à

demais âmbitos sociais, como da segurança – devido sua relação com os fenômenos de violência/crime –, da educação, do trabalho, etc.

A partir do exposto é perceptível um processo no qual a “dependência química” vai ganhando destaque nos campos jurídico e médico, tornando-se assim, objeto do saber/poder que, mediante suas práticas discursivas e extra discursivas legitima uma reconfiguração das formas de segregação social que representa os mecanismos disciplinares do hospital psiquiátrico. Corroborando essa observação observa-se que,

[...] as abordagens criminal e médica não representam necessariamente dimensões opostas ou excludentes no tocante ao uso de ‘drogas’. Ao contrário, mostram-se compatíveis, ao compartilharem, por exemplo, níveis diversos de não aceitação do consumo de ‘drogas’, seja ele tomado como um crime, seja ele tomado como um comportamento danoso à saúde. (FIORE, 2006, p.124)

Percebe-se que a notoriedade dada ao consumo de “drogas”, especialmente ao “crack”, nos enunciados discursivos emitidos tanto pela produção do saber médico quanto por um conjunto de legislações, conforme aqui analisado, somando-se ainda uma gama de discursos veiculados em campanhas estatais e midiáticas (PETUCO, 2011; SOUZA, 2012; RUI, 2012), demarca um fenômeno emergente na atual sociedade brasileira que parece justificar, supostamente, a reconfiguração dos mecanismos disciplinares na prática institucional do hospital psiquiátrico.

Ao tratar das práticas discursivas e os poderes que as permeiam, Foucault (2013) identifica alguns procedimentos ou princípios de exclusão que operam e controlam os discursos na sociedade: a interdição, a separação ou segregação – baseada na oposição Razão e loucura, ou mesmo normal-patológico – e a vontade de verdade. Referindo-se à influência exercida por este último procedimento, argumenta que:

Assim, só aparece aos nossos olhos uma verdade que seria riqueza, fecundidade, força doce e insidiosamente universal. E ignoramos, em contrapartida, a vontade de verdade, como prodigiosa maquinaria destinada a excluir todos

aqueles que, ponto a ponto, em nossa história procuraram contornar essa verdade e recolocá-la em questão contra a verdade, lá justamente onde a verdade assume a tarefa de justificar a interdição e definir a loucura. (FOUCAULT, 2013, pp. 19-20)

A justificativa das estratégias do biopoder para a interdição da loucura e todas as suas variações ao longo da história é perpassada pela noção de risco e segurança. Antecipar os possíveis riscos e danos à saúde individual dos sujeitos, bem como, à ordem do corpo social no contexto da biopolítica significa que as estratégias de gestão governamentais devem orientar-se por mecanismos de segurança e prevenção do perigo conferido por sujeitos “loucos”, caracterizados agora também, por “dependentes químicos”. Sobre isso, Caponi (2013, p.115) argumenta que “o risco, na medida em que aparece como um modo de antecipar um perigo possível (real ou imaginado) sobre a vida e a saúde, constitui a estratégia biopolítica por excelência que permite garantir a legitimidade e a aceitabilidade desse modo de exercer o governo das populações”.

O exercício do biopoder perpassado por diferentes estratégias biopolíticas opera uma centralidade da norma com referência na distinção construída por enunciados discursivos entre normalidade e patologia, cuja contínua apropriação resulta “essencial para a construção de uma biopolítica dos sofrimentos psíquicos” (CAPONI, 2013, p.115). Essa dualidade operada pelo saber médico incide na problemática sobre os mecanismos do risco e da segurança inerente à biopolítica, isto é, da alegada potencialidade dos saberes médicos-estatísticos na antecipação dos riscos e precaução da ocorrência de danos futuros. Dessa maneira,

[...] o contínuo normal-patológico e sua operacionalização estatística permitirão a identificação do terceiro mecanismos, essencial para a construção de uma biopolítica dos sofrimentos psíquicos. A identificação precoce de riscos e a necessidade de intervir e medicar os desvios, isto é, a instalação da estratégia biopolítica identificada por Foucault como o dispositivo “risco-segurança”. (CAPONI, 2013, pp.115-116)

O consumo do crack, analisado a partir da lógica risco-segurança, compõe atualmente uma agenda pública e política que está

sendo veiculada em variados meios de comunicação, eventos e debates políticos/acadêmicos, bem como, pela opinião pública em geral. A atualidade desse fenômeno, e não somente em relação ao crack mas do uso daquilo que se convencionou denominar “outras drogas” incita, ativa e reconfigura justamente a noção do risco. Isso leva a afirmar que o “dependente químico” representa atualmente uma expressão de perigo social mais preocupante que aquele representado pela classificação clássica de “transtorno” ou “doença” mental. Não é raro apreender enunciados discursivos oriundos de diferentes sujeitos e instituições que constituem a “dependência química” num fenômeno de risco emergente e que, por essa razão, merece formas de intervenção do saber/poder rígidas e atenuantes, mesmo que para isso seja preciso reconfigurar e reapropriar tradicionais mecanismos disciplinares, como o caso do hospital psiquiátrico. A partir desse contexto é evidenciado tanto nas práticas discursivas, quanto extra discursivas – conforme os dados obtidos na presente pesquisa sobre os registros de internamento psiquiátrico de “dependentes químicos” – justificativas da suposta utilidade do hospital psiquiátrico no que se refere ao controle da “dependência química”.

Todavia, conforme se evidenciou anteriormente, a partir das prerrogativas do movimento de Reforma Psiquiátrica e das legislações correlatas, esse tipo de estrutura, dita terapêutica, teria tornado-se potencialmente obsoleta. Mais do que isso, para os representantes reformistas em saúde mental o hospital psiquiátrico além de cair em desuso, supõe práticas que são altamente refutadas e maléficas no que tange a assistência nessa área da saúde. Apesar disso, é identificada a permanência de diversos hospitais psiquiátricos – ex. o caso em análise –, como também, um amplo debate oposicionista às prerrogativas conquistadas pelas leis brasileiras de Reforma Psiquiátrica, cujo ideário esteve desde o início atrelado aos princípios do movimento “antimanicomial”, isto é, da completa negação dos hospitais psiquiátricos como forma de tratar/cuidar/curar o sofrimento psíquico. Nesse sentido, observa-se a emergência de um movimento onde,

[...] o discurso contra a reforma da falta de leitos psiquiátricos ganhou força, especialmente através da pressão dos psiquiatras, desta vez sob o argumento da necessidade da criação de novos leitos e centros especializados em saúde mental para tratar os usuários de drogas. (SOUZA, 2012, p.16)

A noção de risco pode ser considerada um elemento constitutivo dos dispositivos de poder, caracterizado por Foucault como “um conjunto decididamente heterogêneo, que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas”, no qual, entre tais elementos heterogêneos “discursivos ou não, existe um tipo de jogo, ou seja, mudanças de posição, modificações de funções, que também podem ser muito diferentes” (FOUCAULT, 2002, p, 244). No entendimento do autor o dispositivo é definido como um tipo de formação que corresponde a determinados momentos histórico e que mantém sempre, como função primordial, a resposta a certa urgência social. Essa demanda, por sua vez, é caracterizada pela necessidade de controle e intervenção do poder sobre parcelas da população que as produções de saber denominam “anormais”, “desviantes”, “marginais”, em suma, aqueles cujas existências resultam incômodas, essencialmente, para as camadas dominantes das sociedades capitalistas. Nesse sentido, o dispositivo age de maneira estratégica conformando assim, elementos da biopolítica e dos mecanismos disciplinares.

Diante do exposto é possível considerar a questão da “dependência química” é constituinte – e simultaneamente, constituída – de um conjunto de elementos dispostos em forma de um dispositivo de poder, ou mesmo, um “dispositivo da dependência química”. Dentre variados elementos que o compõe destaca-se, conforme ponderado por essa possibilidade analítica, os enunciados discursivos do saber científico e político – em suma, dos campos médico e jurídico –, o uso dos mecanismos disciplinares – especificamente do hospital psiquiátrico – e, embora não estudado em profundidade, as opiniões construídas pelo debate público e pela mídia em geral.

Considerando os dados dessa pesquisa é visto que há primeiramente uma mudança relativa ao percentual no interior do cômputo total dos registros do hospital, ou seja, de um aumento dos internamentos nas unidades específicas de tratamento do “alcoolismo e dependência química” em relação aos demais diagnósticos de “transtornos mentais” alocados em outras unidades. Posteriormente, vê-se transformar os próprios diagnósticos que se registrava nos internamentos realizados nas unidades específicas de “álcool e drogas” – o CRA e a URA –, resultando num aumento de diagnósticos de uso de “outras drogas” a despeito do “alcoolismo”, outrora predominante. A partir disso questiona-se: será atualmente o “dependente químico” a

nova construção social de um tipo de sujeito “louco”, “anormal”, ou mesmo “patológico”?

4.3 “Álcool” versus “outras drogas”, o lícito e o ilícito na “dependência química”: do proibicionismo à periculosidade

A tarefa de evidenciar a dinâmica de reconfiguração dos mecanismos disciplinares no espaço de um hospital psiquiátrico, por meio da comparação entre a proporção de internamentos de “alcoolistas” e “dependentes químicos” – de acordo com as categorias diagnósticas que os caracterizam –, foi delimitada inicialmente pelo pressuposto da existência de uma contemporânea substituição da clientela desse tipo de instituição. Cujo perfil era interpretado primeiramente a partir da distinção entre “alcooolismo/dependência química” e “transtornos mentais” – esses últimos entendidos como os demais diagnósticos psiquiátricos comumente conhecidos como “doenças mentais” e/ou “loucura” (ex. psicoses, neuroses, esquizofrenias, deficiências mentais, oligofrenias, etc).

No entanto, de acordo com diferentes autores (ENGELS, 2003; ARANTES, 2010; SANTOS e VERANI, 2010), o internamento psiquiátrico de “alcoolistas” não é um fato recente na história dos saberes e instrumentos terapêuticos da psiquiatria – hospitais, teorias médicas, campanhas de saúde e educação pública, etc. Assim como também não é atual os esforços da psiquiatria em legitimar, por meio da produção acadêmico-científica, a noção de que o tratamento desse diagnóstico, caracterizado como uma “doença social” deveria priorizar o modelo hospitalocêntrico. Nesse sentido é evidenciado por Santos e Verani (2010, p. 413) que “se a ‘prevenção se daria através da propaganda, da educação e da censura, seguindo as bases dos princípios eugênicos que tiveram grande difusão no Brasil a partir dos anos 1910, o tratamento do alcooolismo se daria no hospício”.

O que quero sublinhar é que, afirmar a existência de uma contemporânea substituição de parte significativa dos leitos psiquiátricos outrora ocupados por “transtornos mentais” – sem nenhuma relação com o consumo de psicoativos –, por um conjunto de classificações diagnósticas relativas ao consumo de diferentes substâncias psicoativas que se expande sob a insígnia de “dependência química”, implica fazer um corte analítico, isto é, dissociar da análise o histórico de internamento psiquiátrico de “alcoolistas”. Pois como se sabe, desde os primeiros anos de funcionamento de diferentes hospitais psiquiátricos brasileiros – inclusive do HCAB/PR, conforme registros de

1955¹⁰⁶ – o diagnóstico de “alcooolismo” foi identificado em grandes proporções na lotação dessas instituições. Nesse sentido, o “alcooolismo” representou, desde os tempos idos, uma das principais causas de internamentos psiquiátricos, paralelamente à ditas “doenças mentais”.

Cabe ressaltar que embora o álcool também seja uma substância psicoativa causadora de dependência, conhecidamente como “alcooolismo”, esta substância e seus usos sociais ainda reservam uma particularidade conceitual e representacional. Isto porque, é percebido no debate público e científico a diferenciação entre os conceitos de “alcooolismo” e de “dependência química”. Esta última expressão é usualmente utilizada para representar a dependência de substâncias psicoativas, marcadamente ilícitas, ou seja, substâncias legalmente proibidas, como por exemplo, a maconha, cocaína, LSD e o crack. (FIORE, 2006).

É ainda possível perceber em alguns trabalhos atuais, essencialmente das Ciências Humanas, discussões acerca da não correlação imediata entre a periculosidade dos efeitos das substâncias consumidas e as disposições jurídicas voltadas para o seu controle. Isto é, os fatores que determinam quais substâncias psicoativas serão proibidas, não são estritamente farmacológicos, mas também, sociais, políticos, psicológicos, econômicos, etc. (FIORE, 2006; MOTA, 2008; ZAFIROPOULOS e PINELL, 2010).

Segundo Vargas (2001) é possível estabelecer uma diferenciação entre: 1) “drogas” ilícitas (como a maconha e o crack) e lícitas (como o tabaco e o álcool) consumidas em busca do prazer – que o autor chama de “viver em intensidade” –, mas que são reprimidas, sobretudo, pelos discursos médicos; e 2) outra categoria de substâncias psicoativas lícitas, isto é, os medicamentos (por exemplo, os antidepressivos) que, ao contrário das outras “drogas” pertencentes à primeira categoria, tem seu uso aceito e largamente incitado pela medicina através de receituários médicos em nome do tratamento terapêutico de certas doenças.

Nesse sentido, como afirmou MacRae (s/d, p.109) “o vício de origem parece estar na própria concepção ‘drogas ilícitas’, uma categoria arbitrária, de natureza exclusivamente política, sem nenhum

¹⁰⁶ De acordo com o dado já exposto sobre os diagnósticos mais frequentes durante os primeiros sete meses de funcionamento desse hospital, expostos em tabela e divulgado pela direção do HCAB/PR, dentre a clientela masculina o “alcooolismo” figurava a segunda causa de internamentos. (PARANA-HCAB, 1955).

embasamento científico”. Dentre tais contradições, há também um debate sobre o fato da alternância do controle do consumo de certas substâncias psicoativas no tempo e no espaço¹⁰⁷, bem como, de haverem diversas formas e representações de uso de uma mesma substância entre sujeitos distintos pertencentes a uma mesma sociedade. (ESCOHOTADO, 1997; ESPINHEIRA, 2004).

Embora atualmente considera-se o “alcoolismo” uma variante, um mesmo, uma espécie de “dependência química” – principalmente posterior à nona revisão da CID em 1975, quando a categoria “alcoolismo” é renomeada para “síndrome da dependência do álcool” – pontua-se que a categoria “dependência química”, indica, sobretudo, o consumo das chamadas “outras drogas. Isso porque, anteriormente à mudança acima citada, na oitava revisão da CID, em 1965, a categoria que até então era denominada “outras toxicomanias” foi alterada para “dependência de drogas”, enquanto a categoria relativa ao uso de álcool era ainda intitulada de “alcoolismo”. Nesse sentido, é percebido que a entrada do conceito de “dependência química” no contexto das classificações diagnósticas esteve inicialmente atrelada à ditas “outras drogas”. Uma distinção que se assenta em contraposição ao uso de “álcool” e aos problemas de saúde mental decorrentes dele, cujo histórico – enquanto categoria diagnóstica e objeto de intervenção terapêutica – antecede ao contexto mais recente que abrange também outras substâncias psicoativas.

Literalmente, a expressão “dependência química” não é expressa nas Classificações Internacionais de Doenças (CID) como um diagnóstico específico, o que ocorre é a inclusão da palavra “dependência” em relação às duas categorias acima citada – álcool e drogas – e, a mudança na décima e última revisão, onde os diagnósticos relativo ao consumo de “álcool e outras drogas” constituem nesse manual um agrupamento próprio, intitulado “transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substâncias psicoativas” e para cada categoria – que expressa sumariamente um ou mais tipo de substâncias psicoativas – há uma subcategorização em todas (a partir do acréscimo

¹⁰⁷ Nesse sentido, parte da bibliografia existente aponta que o uso de substâncias psicoativas de forma sistemática é milenar, embora, somente na passagem do século XIX para o XX no mundo ocidental, que tais práticas se constituem como um problema social.

de um ponto e do quarto dígito representado pelo número dois) cuja indicação é a “síndrome de dependência”¹⁰⁸.

A interpretação de que a noção de “dependência química” vincula-se primeiramente ao uso de “outras drogas” e que, o conceito “drogas” é associado em suma às substâncias proscritas é possibilitada a partir daquilo que é expresso pelo documento da OMS intitulado “Relatório sobre saúde no mundo. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança”. Posteriormente a uma minuciosa apresentação de dados evidenciando que o álcool e o tabaco são as substâncias de maior uso no mundo, bem como, motivadoras das consequências mais graves para a saúde pública, é notadamente demarcado o significado de “drogas” sugerido acima, isto é, a diferenciação que esta impõe sobre em relação às substâncias lícitas. Literalmente é expresso que: “além do tabaco, há também o abuso de grande número de substâncias – geralmente agrupadas na categoria geral de drogas. Estas compreendem drogas ilícitas, como heroína, cocaína e cannabis” (OMS, 2001, p.72).

A partir do exposto sobre as diferentes classificações e noções sobre o conceito de “dependência química”, bem como as imprecisões que este conceito apresenta em relação ao que outrora se conhecia por “alcoolismo” é que se justifica a pontuada, e até mesmo repetitiva, menção grifada aos dois termos – alcoolismo e dependência química – ao longo do texto. A intenção foi demonstrar tanto a partir das práticas discursivas quanto extra-discursivas – conforme apontam os dados da pesquisa –, que a diferenciação desses termos diz respeito a um conjunto de acontecimentos históricos que condicionam sua emergência e transformação, assim como, suas formas de apropriação.

¹⁰⁸ Cuja definição pelo manual é um “conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao desejo poderoso de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas consequências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e por vezes, a um estado de abstinência física. A síndrome de dependência pode dizer respeito a uma substância psicoativa específica (por exemplo, o fumo, o álcool ou o diazepam), a uma categoria de substâncias psicoativas (por exemplo, substâncias opiáceas) ou a um conjunto mais vasto de substâncias farmacologicamente diferentes. Alcoolismo crônico. Dipsomania. Toxicomania.” Disponível em:

http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f10_f19.htm

Sinalizar a distinção de tais categorias é seguir, justamente, os fatores que possibilitaram a atribuição de sentido à problemática construída nessa pesquisa, isto é, a reconfiguração dos mecanismos disciplinares a partir da inclusão de diferentes diagnósticos – designadamente relativos ao uso das ditas “outras drogas” – no cômputo dos internamentos do HCAB/PR. Pois, como é manifesto na descrição dos dados relativos aos internamentos nas unidades específicas ao tratamento de “alcoolistas” e “dependentes químicos” – o CRA e a URA –, a reconfiguração refere-se, em grande medida, ao aumento dos internamentos de sujeitos sob classificações diagnósticas relativas às outras substâncias psicoativas a despeito do “álcoolismo”, cujo internamento psiquiátrico acompanha os primórdios de tais mecanismos disciplinares. A partir dessas reflexões, retoma-se ao teorizado por Foucault (2006, p.68) de que:

Em suma, o poder disciplinar tem a dupla propriedade de ser anomizante, isto é, de sempre pôr de lado certo número de indivíduos, de ressaltar a anomia, o irreduzível, e de ser sempre normalizador, de sempre inventar novos sistemas recuperadores, de sempre restabelecer uma regra. Um perpétuo trabalho da norma na anomia caracteriza os sistemas disciplinares.

Tal fenômeno me suscitou um questionamento importante para a pesquisa, que a partir de então começa a ser deslindado na análise, isto é, “álcoolismo” também é “dependência química”? O que os diferenciam? Quais os fundamentos da caracterização “álcool e outras drogas”, amplamente difundida em discursos médicos, jurídicos e midiáticos em geral?

Cabe ressaltar que a diferenciação entre as terminologias: “dependentes químicos” – que designa em grande escopo a classificação do consumo das chamadas “outras drogas” – e “álcoolismo” – para a designação daqueles que fazem uso abusivo de “álcool” perpassa um amplo debate que diz respeito à questão das “drogas” ilícitas *versus* lícitas. Uma discussão que vai ao encontro da crítica e desconstrução de antigas classificações norteadas por acordos comuns do mundo ocidental.

Isso posto, indagava-me novamente: será que a psiquiatria considera que a “dependência química” é também um “transtorno

mental”, um “sofrimento psíquico”, “loucura”, ou mesmo uma “doença”?

4.4 “Dependência química” e as prerrogativas da Saúde Mental: as múltiplas faces da loucura

Como visto, estudos já indicam que o consumo de “álcool” foi um dos primeiros problemas a ser abordado pela saúde pública. Tanto no passado quanto no presente, entre o computo total dos problemas gerados por “uso abusivo de substâncias psicoativas”, a principal causa de internamentos em hospitais psiquiátricos é o “alcoolismo”. Este foi e ainda é, inclusive, um dos principais motivos de superlotação das instituições psiquiátricas. Corroborar essa assertiva o dado indicado no relatório de 1955 do Hospital Colônia Adauto Botelho (HCAB/PR) referente às estatísticas dos diagnósticos, o qual demonstrou que o “alcoolismo” era o segundo mais recorrente entre os homens (PARANÁ, s/d, p.40).

Observei ainda por meio de outras fontes, elementos que corroboram a proposição de que o uso abusivo de álcool é considerado o problema de saúde pública mais substancial no que tange os quadros de “dependência química”. Segundo Delgado (2005, p. 168) no Brasil “o uso prejudicial de álcool é, de longe, o principal problema de saúde pública no campo das drogas. Muito mais do que no caso das drogas ilícitas”.

O documento elaborado em 2003 pelo Ministério da Saúde, intitulado “A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas”, reafirma o apontamento de que o alcoolismo constitui o maior problema de saúde pública no Brasil. Nesse mesmo texto é expressa a assertiva de que

[...] a despeito do uso de substâncias psicoativas de caráter ilícito, e considerando qualquer faixa etária, o uso indevido de álcool e tabaco tem a maior prevalência global, trazendo também as mais graves conseqüências para a saúde mundial. (BRASIL, 2003, p. 12)

Segundo esse documento, os dados sobre morbidade hospitalar do SUS¹⁰⁹ indicam que, entre os anos de 2002 e 2004, o percentual dos gastos com os transtornos mentais decorrentes do uso de álcool representou 83%, enquanto o uso de outras substâncias psicoativas representou 17%.

Se, como vimos, o “alcooolismo” foi desde os tempos idos uma das principais causas de internamentos psiquiátricos (o que se mantém até hoje), qual será o motivo dos enunciados discursivos e das práticas institucionais atribuírem ao uso do crack o aumento da demanda por internações relativas ao consumo de substâncias psicoativas em geral? O que justificativa para a manutenção dos leitos nos hospitais psiquiátricos para o atendimento específico da “dependência química”?

Conforme os dados apresentado é evidente um aumento de diagnósticos relativos às “outras drogas” a despeito do “alcooolismo”, que permaneceu fortemente predominante dentre os internamentos na unidade do HCAB/PR pesquisada até o ano de 2006. No entanto, deve-se pontuar que há um aumento gradual desses diagnósticos, mas que esses entram em certo equilíbrio com os percentuais do “alcooolismo”, que permanece presente no hospital equivalendo em torno de metade dos casos da unidade analisada até o término do período pesquisado. Assim, a pesquisa demonstrou como se constituiu o perfil diagnóstico de parte específica da população do hospital, aquela parcela alocada somente nas unidades específicas ao internamento de “alcooolistas” e “dependentes químicos”. Bem como, mediante o primeiro dado construído (cf. Gráfico 1) é evidenciada a relação existente entre a proporção que os internamentos nessas unidades representava no cômputo total das entradas do hospital. Para essa conta foi necessário demarcar uma separação entre tais unidades – destinadas em suma à “dependência química” – das demais unidades de internamento da instituição – caracterizadas em geral pela destinação aos “transtornos mentais” (sofrimentos psíquicos que tradicionalmente ocuparam o status de loucura).

No início da pesquisa a questão central para a construção da problemática referia-se a possibilidade de que, no mundo contemporâneo, a “dependência química” se constitua como uma nova “doença social”, ocupando assim (literal e metaforicamente) o lugar da loucura. Decorrendo disso um novo ciclo de substituição, agora da “loucura” pela “dependência química”, fenômeno articulador de uma nova reconfiguração do espaço da exclusão assistencial psiquiátrica. A

¹⁰⁹ Conforme dados do DATASUS, Ministério da Saúde.

questão que balizava tal reflexão era se a hospitalização progressiva de “dependentes químicos” nos hospitais psiquiátricos decorreu, paralelamente ou especialmente ao espaço potencialmente obsoleto deixado pela diminuição dos internamentos de transtornos mentais, possibilitados no bojo do movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira.

A ideia de que a Reforma Psiquiátrica teria deixado espaços potencialmente obsoletos no interior do hospital psiquiátrico, os quais foram ocupados em temporalidades passadas majoritariamente pelo “transtorno mental” e que, a contemporânea e gradativa ocupação desse espaço pela “dependência química” apresenta-se como uma consequência causal, merece uma reflexão aprofundada. Uma necessidade enfrentada na medida em que o enunciado acima parecia conduzir a interpretações equivocadas, levando a crer que a dinâmica anunciada poderia decorrer de algum tipo de negligência do movimento de Reforma Psiquiátrica para com as formas de assistência à “dependência química”.

Para essa análise torna-se importante considerar o detalhamento da distinção entre “alcooolismo” e transtornos relativos a “outras drogas” (toxicomania/adicção) e como essas categorias aparecem no curso do processo de medicalização da “dependência química”, conforme já analisado. E mais, é preciso atentar-se a outras forças que percorrem o dispositivo de controle da “dependência química”, especialmente as formas de classificações diagnósticas e todo aparato legislativo relativo ao âmbito das instituições de segurança pública em relação ao controle das “drogas” em geral, desde sua concepção enquanto crime, ou como doença. Pois como é percebido em linhas gerais, parece haver uma heterogeneidade e certo antagonismo de forças políticas em relação às concepções e prerrogativas das formas de intervenção médica entre as normativas oriundas do campo da segurança pública – conforme já abordado – e aquelas procedentes do campo da saúde, figuradas em suma pelo Ministério Público, como será apresentado adiante.

Ao refletir sobre a genealogia, ou mesmo, como o autor se refere à “história ‘efetiva’” em contraposição à “pesquisa da ‘origem’” – caracterizada, sobretudo, pelas abordagens meta-históricas – Foucault (1989) assegura que a pesquisa deve captar as descontinuidades, os cortes históricos. Nesse sentido, argumenta que a tradição da história teleológica e racionalista atua a partir da dissolução do acontecimento singular em uma continuidade ideal, ou mesmo, uma espécie de encadeamento natural. E, num sentido de superação teórica, o autor afirma que,

A história ‘efetiva’ faz ressurgir o acontecimento no que ele pode ter de único e agudo. [...] É preciso entender por acontecimento não uma decisão, um tratado, um reino, ou uma batalha, mas uma relação de forças que se inverte [...] As forças que se encontram em jogo na história não obedecem nem uma destinação, nem uma mecânica, mas ao acaso da luta. (FOUCAULT, 1989, p.28)

A lei federal de Reforma Psiquiátrica (nº 10.216/01) se remete generalizadamente à “pessoas portadoras de transtornos mentais”, sobre a proteção e seus direitos, bem como, principalmente, determina o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental. Considerando o fato de na época da lei já o saber e as instituições médicas atuavam com referência na CID-10 e que nessa, o uso de “álcool” e “outras drogas” são considerados também, em geral, transtornos mentais ou comportamentais. Nesse caso, entende-se que a lei versa também aos transtornos da “dependência química” colocando-os em posição de paridade aos demais transtornos mentais. Além de reconhecer diversos esforços e reformulações no campo da saúde mental em relação à atenção de dependentes de substâncias psicoativas – como é o caso, por exemplo, dos CAPS-AD (Centro de Atenção Psicossocial-Álcool e Drogas).

Importante ressaltar que o Ministério da Saúde em meados da década de 2000 aprovou duas portarias que direcionam o internamento hospitalar de usuário de “álcool e outras drogas”, a saber: a portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004, que “redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências” (BRASIL, 2004); e, a portaria nº 1.612, de nove de setembro de 2005, que “aprova as normas de funcionamento e credenciamento/habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas” (BRASIL, 2005). Cabe observar, que em ambos os documentos é enunciado a mesma passagem: “evitar a internação de usuários de álcool e outras drogas em hospitais psiquiátricos”.

Coincidentemente nessa mesma época, é observado o início da transformação do perfil diagnóstico do HCAB/PR, caracterizada, contraditoriamente aos preceitos da política pública de saúde mental, pelo aumento gradual de internamentos psiquiátricos de “usuários de

álcool e outras drogas”, conforme demonstrado na pesquisa a partir dos livros de registro da instituição.

Apesar das legislações oriundas do campo da saúde apresentar prerrogativas orientadas pelo movimento de Reforma Psiquiátrica, prevendo assim, a desospitalização ou mesmo, desinstitucionalização do sofrimento mental, outros elementos aparentemente heterogêneos do dispositivo de controle da “dependência química – conforme sugerido na analítica desse trabalho – perpassam a constituição da prática contemporânea do internamento psiquiátrico sob esse “novo” diagnóstico.

Percebe-se nesse jogo de forças políticas representadas pelo conjunto de decisões legislativas do campo da saúde por um lado, e do campo jurídico-criminal por outro. O fato das chamadas “outras drogas” ter sua produção, comércio e consumo proscritos pela legislação brasileira, essa, ao mesmo tempo em que define formas de atenção/assistência ao “dependente químico” versa, em grande medida, ao controle da circulação social das “drogas” em geral, intrinsecamente relacionado à noção de “crime”. E, talvez por esse motivo, as leis jurídico-criminais sobre as “drogas” reservam certa legitimidade no que tange o controle do “dependente químico”, uma vez que sua conduta além de apresentar risco individual à saúde incide também, na noção de risco social em nível de populações.

Embora essas duas portarias do Ministério da Saúde indiquem a necessidade de se evitar o internamento psiquiátrico de “dependentes químicos”, nota-se que a chamada “Lei Nacional de Drogas” de 2006 caracteriza uma mudança importante na questão das “drogas”, seu uso e seu comércio. Isto é, a partir dessa legislação são distinguidos os crimes e penas referidos a usuários e a comerciantes (traficantes) de “drogas”. Nesse sentido, para o usuário é reservado o direito de não encarceramento prisional e sim, a indicação de algum serviço de saúde para o tratamento da “dependência química” decorrente do consumo de substâncias psicoativas proscritas pela lei (BRASIL, 2006). Essa distinção, em síntese, constitui o comerciante da “droga” em criminoso, enquanto o usuário é representado pela figura do doente. Simultaneamente, no mesmo ano de promulgação da lei observa-se, pela primeira vez, um número de internamentos psiquiátricos relativos ao uso de “outras drogas” na mesma proporção daqueles referentes ao uso de “álcool”.

Mesmo sem obtenção de evidências sobre a legitimidade que essa lei confere na determinação do usuário de “drogas” como um sujeito enfermo, bem como de sua influência ou não sobre o contexto

acima mencionado, isto é, do aumento de “dependentes químicos” no HCAB/PR observado especialmente na mesma época de sua aprovação, sugere-se essa correlação como uma das possibilidades analíticas do fenômeno. Pois seguindo a lógica expressa por tais distinções legais sobre aqueles sujeitos que interagem de alguma forma com as “drogas”, se o destino do sujeito “criminoso” (identificado como traficante ou comerciante) deve ser a prisão, o destino do sujeito “doente” (identificado como usuário ou consumidor) deverá então ser o hospital. Coerente assim com o contexto de constituição da própria “questão das drogas” e da “dependência”, que, como visto anteriormente, é conformada historicamente a partir das noções de crime, doença e imoralidade (MOTA, 2008; FIORE, 2006).

A atualização da “nova lei de drogas” de 2006, mediante a lei nº 12.219/10 também já mencionada, corrobora a noção de que as estratégias de governo devem objetivar a prevenção e “uso indevido” das “drogas, possibilitando meios de atenção e reinserção social de “usuários e dependentes de drogas”, permitindo especificamente a celebração de convênios da União com as demais esferas administrativas públicas quando for conveniente à ordem social (BRASIL, 2010). Os enunciados discursivos formulados nos dois projetos de lei analisados também anteriormente (BRASIL, 2010c; 2011) também corroboram a tendência dos mecanismos políticos determinarem medidas de internamentos psiquiátricos, até mesmo, na modalidade compulsória e por meio de parcerias na rede hospitalar existe, inclusive da esfera privada. A lei que institui o “Plano Nacional de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas” (BRASIL, 2010a), bem como aquela que o altera (BRASIL, 2011) também sinalizam a atual tendência da gestão pública voltada ao controle e a interdição de “dependentes químicos”, reconfigurando assim, os mecanismos disciplinares.

Diante dos percursos teórico-metodológicos da pesquisa que conduziram a análise da problemática sobre a incidência de práticas discursivas e extra discursivas na constituição de um dispositivo da “dependência química” na atualidade, especialmente em relação ao internamento psiquiátrico e a reconfiguração de tais mecanismos disciplinares, a interrogação posta *a priori* sobre o fato da “dependência química” ocupar hoje o espaço físico e simbólico ocupado outrora pela “loucura” pode ser replicada na afirmação de que,

[...] podemos compreender que a loucura não seja um “objeto” uniforme, consubstanciado numa

verdade essencial cuja identidade é sempre a mesma, mas antes um fato multifacetado, cujas verdades são historicamente produzidas e variadas. Em palavras simples: “a loucura não é um fato de natureza mas um fato da civilização”. E sua história a mostra como tantas faces que figuram o “outro” no interior do “mesmo”. (MUCHAIL, 2004, p.48)

Assim, podemos também compreender que a reconfiguração dos mecanismos disciplinares do hospital psiquiátrico no contexto de um dispositivo de controle da “dependência química”, caracteriza-se mais como uma prática social de dominação do que um procedimento médico. Ressaltam-se nesse sentido, os dados apreendidos na análise do conjunto dos livros de registro do HCAB/PR no que diz respeito à “condição de alta” e, se é primeiro internamento ou caso de reincidência (reinternamento). A totalidade dos registros consta como condição de alta a modalidade dita “melhorada”, uma categoria que se distingue da condição de “cura” ou do sujeito “curado”. A contabilização dos registros correspondentes aos casos de reinternamento foi realizada somente entre 1983 a 1985 (primeiro livro) e 2011 a 2012 (oitavo e último livro). No primeiro momento essa modalidade de internamento equivaleu a 54% dos casos da unidade voltada ao “alcoolismo”, o CRA. Já no segundo período, a 32,8% dos registros correspondiam à casos de reinternamentos na URA. Nesse sentido, evidencia-se que a medicalização da “dependência química” em caráter hospitalocêntrico funciona mais como estratégias de certa forma paliativa de enfrentamento desse sofrimento psíquico, do que, necessariamente um mecanismo terapêutico. Corroborando essa reflexão, releva-se a afirmação de que,

O dispositivo da medicalização é interior à biopolítica [...] ele age conformando modos de ser e instaurando uma normalidade medicalizada, na qual a expressão do sofrimento (de qualquer origem e forma) não se torna objeto de reflexão e busca de construção de outras formas de ser [...]. (IGNÁCIO e NARDI, 2007, P.89)

Em linhas gerais, pode ser afirmado que o conjunto de estratégias biopolíticas que constituem esse dispositivo da “dependência química”, resultando também em um processo de reconfiguração da

função potencialmente produtiva do hospital psiquiátrico para a resolução de um problema social contemporâneo produz práticas inversamente opostas às prerrogativas em saúde mental.

Ao mesmo tempo em que se considera a validade dos argumentos de que essa substituição opera no sentido de suprir demandas econômico-mercadológicas, acredita-se que esse processo se enquadra em uma dinâmica mais abrangente, relacionada à estratégias biopolíticas que, por sua vez, denotam o controle das populações justamente no contexto das sociedades capitalistas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer da pesquisa verificou-se um aumento de internamentos vinculados ao uso de “drogas” em relação direta à diminuição daqueles decorrentes aos demais “transtornos mentais” no interior do hospital psiquiátrico em questão, o HCAB/PR. Um fenômeno cuja existência pode atribuir-se, de maneira geral, a formação de um dispositivo de controle da “dependência química”.

Constata-se que a formação de um dispositivo de controle da “dependência química” pode ser caracterizada sob diversos olhares – condicionados, inclusive, pela própria inserção da subjetividade do pesquisador na construção da problemática – e, certamente, constitui-se por diversos elementos: discursivos, jurídicos, institucionais, etc.

A presente pesquisa objetivou a análise de alguns deles. Especialmente aqueles relativos ao modo como o saber médico e as classificações diagnósticas se articulam com um conjunto legislações e documentos oficiais sobre a questão das “drogas”. Documentos estes referidos ao consumo, tratamento e “dependência”. Evidenciou-se assim, de que modo a relação entre o saber/poder nesses campos médico e jurídico incide direta ou indiretamente, sobre as práticas do internamento psiquiátrico de sujeitos “dependentes químicos”. Dito de outra maneira identificou-se por meio da pesquisa como a prática institucional do internamento psiquiátrico (práticas extra discursivas) é permeado tanto pelo campo do saber médico-psiquiátrico (discursos científicos), quanto pelo campo jurídico-governamental (discursos políticos).

A reflexão crítica sobre o fenômeno do internamento psiquiátrico de sujeitos identificados – por diferentes elementos que constituem o dispositivo indicado acima – como “dependentes químicos”, não rejeita nem mesmo exclui a existência concreta da alteração fisiológica provocada pelo consumo de psicoativos, bem como das possíveis formas de sofrimento e/ou danos à saúde (física e psíquica) decorrentes do seu uso.

Os questionamentos propostos são outros, tais como a natureza das classificações diagnósticas, cuja constituição é arbitrária, homogeneizada e ambivalente. Pois como se evidenciou, apesar do esforço das classificações em categorizar as condutas humanas, tais categorias generalizam um grupo de sujeitos certamente diferenciados a partir de suas experiências e trajetórias pessoais.

Para além da universalização de tais singularidades perante uma categoria diagnóstica, mais especificamente referenciada por um código

numérico – muitos dos quais representam o inespecífico – ressalta-se a generalização imposta pela própria conduta do internamento e da terapêutica, em grande medida medicamentosa. Se por um lado são diferentes em diagnósticos, cada qual demarcado por uma especificidade de alteração psíquica ou da substância ingerida existe absoluta semelhança nas abordagens terapêuticas que se utilizam, conforme o próprio projeto terapêutico da URA, de “um mínimo indispensável de produtos farmacológicos”, isto é, de medicamentos químicos.

Nesse sentido, pode-se afirmar que estratégias de tratamento da “dependência química” mediante esse modelo institucional objetivam a abstinência do uso das substâncias psicoativas proscritas pela lei, incoerentemente por meio da ingestão de “outras drogas psicotrópicas”, remédios compostos de substâncias com ação no sistema nervoso central. Como observado, o processo de medicalização da “dependência química” visa à proibição de um determinado conjunto de “drogas”, prescrevendo e instituindo o consumo de outras.

Ainda que a pesquisa tenha afirmado a existência de um fenômeno identificado como uma reconfiguração dos mecanismos disciplinares do hospital psiquiátrico, há que se considerar que não é recente o interesse pela intervenção psiquiátrica sobre o consumo de substâncias psicoativas. Esse interesse já estava presente há muito tempo na identificação, classificação e internamento do sujeito “alcoolista”, isto é, consumidores do psicoativo álcool. Nesse sentido, o consumo do álcool já se assemelhava às práticas sociais reconhecidas com uma das faces da “loucura”.

Muito embora esse estudo tenha se dedicado à análise das entradas realizadas somente nas unidades de internamento voltadas especificamente ao “alcooolismo” e “dependência química” (CRA e URA) observou-se tanto nos livros de registros, quanto em demais documentos mais antigos – ainda que sem uma análise sistematizada desses – internamentos feitos sob a categoria diagnóstica à época relativa ao “alcooolismo”, em outras unidades do hospital destinadas em geral para os “transtornos mentais”. Sendo assim, foi verificado que o “alcooolista” dividiu o espaço do hospital psiquiátrico com demais sujeitos internados devido a transtornos mentais de toda ordem, fazendo parte também do grande cenário da “loucura”.

Nesse sentido, há que pontuar-se que a reconfiguração proposta pela análise, além de se referir ao equilíbrio entre a proporção de entradas no hospital remetidas às unidades de “alcooolistas e dependentes químicos” e sua relação com às unidades de “transtornos mentais”, implica, principalmente, uma mudança ocorrida no interior das próprias

unidades voltadas ao “alcoolismo e dependência química”. Na realidade, o que mais chama atenção entre essas duas relações é o fato de que, a partir de uma determinada época – meados da década de 2000 – percebe-se um significativo aumento de diagnósticos de uso de “outras drogas” a despeito do “álcool”, outrora predominante. Nota-se também que o conceito de “dependência química”, que embora atualmente se identifica tanto o uso abusivo do “álcool” quanto de “outras drogas” foi inicialmente inserido no contexto dos saberes médicos, especialmente, mediante ao fenômeno da “dependência de drogas”. Haja vista que para o uso do “álcool”, a categoria de “alcoolismo” há muito já havia sido consagrada pela psiquiatria. E que, no nível das classificações internacionais de doenças, a palavra “dependência” foi introduzida primeiramente na associação com o termo “drogas” – momento no qual a categoria outrora denominada de “toxicomania” foi modificada em “dependência de drogas”.

Nesse sentido, evidenciou-se que a fundamentação do “dispositivo da dependência química” esteve intrinsecamente atrelada ao consumo das ditas “outras drogas”. Uma conduta social fortemente associada à noção de risco – elemento constituinte dos dispositivos de poder/controlar social no contexto da biopolítica – que o consumo dessas expõe os sujeitos de um corpo social compreendido em nível de população.

Entende-se também que a noção de “doença” construída em torno do uso de “drogas” a partir das classificações diagnósticas garantiu legitimidade às normativas políticas no que diz respeito ao governo da vida humana, objetivada como “dócil e produtiva” pela gestão do poder. De igual modo, significa um desdobramento da relação entre a produção de saberes e o exercício de poderes no contexto da reconfiguração dos mecanismos disciplinares do hospital psiquiátrico, no caso, o HCAB/PR.

Em suma, a história da assistência de saúde mental a “dependentes químicos” e a “doentes mentais”, foi constituída em grande medida nos moldes hospitalocêntricos da psiquiatria. Assim, considerando que sujeitos “dependentes químicos” são hoje destinados ao espaço institucional – físico e simbólico – tradicionalmente ocupado pela “doença mental”, pondera-se que o consumo de “drogas” implica hoje uma nova configuração da “loucura”.

Entretanto, considera-se que essa forma com que o hospital psiquiátrico é reconfigurado e reapropriado, forjado pela gestão do poder como um mecanismo inerente à suposta necessidade de suprir determinada urgência/demanda – no plano das estratégias biopolíticas –

opõe-se claramente às inúmeras conquistas legais de proteção aos sujeitos com “transtornos mentais”. E quiçá agora, os esforços do movimento “antimanicomial” e reformista no campo da psiquiatria terão novas e intensas causas de contestação, dirigindo seu olhar para a garantia dos direitos humanos e sociais aos “dependentes químicos”. Pois passado mais de uma década em que as primeiras edições da Conferência Nacional de Saúde Mental já veiculava *slogans* como “Por uma sociedade sem manicômios” e “Cuidar sim. Excluir Não”, assistimos a um movimento de reapropriação de mecanismos disciplinares que há muito tenta-se combater.

O fenômeno contemporâneo de controle do uso de “drogas” é perpassado por dois mecanismos do biopoder. O controle preventivo ao uso abusivo de substâncias psicoativas mediante campanhas de prevenção e antecipação de riscos, bem como, de uma variedade de discursos médicos e legislativos sobre o tema, demarcam estratégias especificamente características de uma biopolítica sobre a “dependência química”, na medida em que a intervenção sobre o corpo individual do sujeito percorre o corpo social, populacional, antes mesmo do internamento psiquiátrico.

Ao passo que, nos casos em que o intuito regulamentador das estratégias biopolíticas, baseados em dispositivos de segurança de livre circulação, não se apresentarem funcionais, cabe ainda ao poder disciplinar a intervenção no corpo individual dos sujeitos que não se ajustaram ao modelo de “normalidade” construído a partir de tais relações de poder, encerrando e estabelecendo fronteiras no interior da instituição de isolamento.

Longe de pretender concluir essa investigação, estima-se que a problemática aqui abordada possa contribuir com o desenvolvimento de futuras pesquisas do campo sociológico e historiográfico sobre a loucura e a psiquiatria, suscitando demais questionamento sobre a prática da psiquiatria direcionada à “dependência química”. E quiçá, reunir outras evidências de que a figura do “dependente químico” constitui hoje uma nova face da “loucura”.

REFERÊNCIAS

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNADJER, F. **O método nas Ciências Naturais e Sociais**. Pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo, Pioneira, 2001 (2ªed.) (Cap. 7 – O planejamento de pesquisas qualitativas, pp. 147-178).

AMARANTE, P. D. de C. **Psiquiatria social e colônias de alienados no Brasil (1830-1920)**. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1982.

_____. (Org.) **Psiquiatria social e a reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994.

(Org.) **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, Sept. 1995b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1995000300024&lng=en&nrm=iso> Acesso em 12/05/2012.

_____. Reforma Psiquiátrica. In: **Textos: Mostra Inaugural “Memória da Loucura”**. Rio de Janeiro: Centro Cultural da Saúde (CCS), 2001.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

ANDRADE, T. M. Redução de Danos: um novo paradigma? In: TAVARES, L; BRITO, A; FILHO, A. *et al.* (orgs). **Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo**. Salvador: EDUFBA; CETAD/UFBA, 2004.

ARANTES, M. A. Hospício de doutores. **História, Ciência, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v.15, n.01, p. 49-63, jan./mar. 2008.

Disponível em:

<<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38670/41517>>. Acesso em: 11/03/2010.

_____. Para mim, Paraty – alcoolismo e loucura em Lima Barreto. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool-Drogas*, Ribeirão Preto, v.04, n.01, 2008b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v15n1/04.pdf>>. Acesso em: 11/03/2010.

BAUER, M. W; GASKELL, G. **Pesquisa Qualitativa Com Texto, Imagem e Som: um manual prático**. 3° Ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2004.

BAUMAN, Z. **Modernidade e ambivalência**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. Prontuários médicos: fonte para o estudo da história social da medicina e da enfermidade. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro , v. 3, n. 1, p. 173-180, June 1996. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701996000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12/09/2014.

BOURDIEU, P. Introdução a uma sociologia reflexiva. In: BOURDIEU, Pierre. **O Poder Simbólico**. Trad. Fernando Tomaz. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

BORGES, V. T. “Trabalhar não cansa, descansar cansa”: Um olhar sobre o trabalho realizado pelos internados de instituições psiquiátricas. **Revista AEDOS**. n. 4, v. 2, Novembro, 2009.

_____. “Quem senta na pedra fica doente, vadio e com preguiça”: a invenção do trabalho numa colônia agrícola gaúcha (10972-1982). In: WADI, Yonissa Marmitt; SANTOS, Nádya Maria Weber (org). **História e loucura: saberes, práticas e narrativas**. Uberlândia: EDUFU, 2010.

_____. **Loucos nem sempre mansos**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2012.

_____. “A nossa sociedade produziu esse tipo de instituição: O museu da loucura e seu acervo. In: MORGA, A. E. (ORG.) **História da saúde e da doença**. 1ª Ed. Itajaí: Casa Aberta Editora, 2012b.

CAMPOS, P. F. de S. **Os enfermos da razão**: cidade planejada, exclusão e doença mental (Maringá, 1960-1980). São Paulo: Annablume; Fapesp, 2004.

CAPONI, S. Biopolítica e medicalização dos anormais. In: **Phisys Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 19[2] 529-549, 2009.

_____. **Loucos e Degenerados**: uma genealogia da psiquiatria ampliada. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

_____. O risco da biologização dos problemas sociais. (entrevista) In: **Cadernos IHU em Formação – Tecnologia e Saúde**. Ano IX, n. 44, 2013a.

_____. Classificar e medicar: a gestão biopolítica dos sofrimentos psíquicos. In: CAPONI, S. et al. (org.) **A medicalização da vida como estratégia biopolítica**. São Paulo: LiberArs, 2013b.

CARNEIRO, H. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. **Revista Outubro**, IES, São Paulo, vol. 6, 2002, pp.115-128. Disponível em: <http://www.neip.info/index.php/content/view/2469.html> Acesso em: 19/04/2012.

CASAGRANDE, A. B. O espaço ocupado pelas "drogas" na produção sociológica de teses e dissertações (2000-2011). In: **III Simpósio Paranaense de Ciências Sociais, Uniãoeste-Toledo/PR**. (Apresentação de Trabalho/Comunicação), 2011.

CASTIEL, D. A dominância das dimensões médicas na sociedade. (entrevista) In: **Cadernos IHU em Formação – Tecnologia e Saúde**. Ano IX, n. 44, 2013.

CHAGAS, F. G. L. das; VENTURA, A. A. A. Cooperação internacional em prevenção do uso abusivo de drogas no Brasil. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.) v.6 n.1 Ribeirão Preto 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1806-69762010000100005&script=sci_arttext Acesso em: 25/04/2012

COSTA, J. F. **História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. Rio de Janeiro: Campus, 1981.

CUNHA, M. C. P. **O espelho do mundo**: Juquery, a história de um asilo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

ENGEL, M. **Os delírios da razão**: médicos loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830 - 1930). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

_____. A loucura, o hospício e a psiquiatria em Lima Barreto: críticas e cumplicidades. In: CHALHOUB, S. et.al. (org.). **Artes e ofícios de curar no Brasil**: capítulos de história social. São Paulo: Editora da Unicamp, 2003.

ESCOHOTADO, A. **O livro das drogas**: usos e abusos, preconceitos e desafios. Tradução Carlos D.Szlak. São Paulo: Dynamis Editorial, 1997.

ESPINHEIRA, Gey. Os tempos e os espaços das drogas. In: TAVARES, L; BRITO, A; FILHO, A. et al. (orgs). **Drogas**: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo. Salvador: EDUFBA; CETAD/UFBA, 2004.

DELGADO, P. G. **DROGAS**: o desafio da saúde pública. In: ACSELRAD, Gilberta. **Avessos do prazer**: drogas, Aids e direitos humanos. 2. Ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

DOMINGUEZ, B. Quebra-cabeça: Em debate povoado de questões, escolher as peças para se montar uma política equilibrada com foco na Saúde é desafio. **RADIS – Comunicação em Saúde**, n.101, pp. 13 – 21, Rio de Janeiro de 2011.

FACCHINETTI, C.; CUPELLO, P.; EVANGELISTA, D. F. Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins: uma fonte com muita história. **História, Ciência e Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.17, supl.2, dez. 2010.

FARGE, A. Marginais. In: BURGUIÈRE, A. (org.) **Dicionário das Ciências Históricas**. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1993.

_____. **O sabor do arquivo**. Tradução Fátima Murad. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2009.

FIORE, M. **Uso de “drogas”**: controvérsias médicas e debate público. Campinas, SP: Mercado de Letras, 2006.

_____. O lugar do Estado na questão das drogas: O paradigma proibicionista e as alternativas. **NOVOS ESTUDOS – CEBRAP**, 92, março 2012, pp. 9-21. Disponível em: <<http://www.neip.info/index.php/content/view/2469.html>> Acesso em: 19/04/2012.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Organização e Tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. **História da Sexualidade I: A Vontade de Saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____. **História da loucura na Idade Clássica**. 2ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1989.

_____. **Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)**. tradução, Andréa Daher; consultoria, Roberto Machado. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997.

_____. **Problematização do Sujeito: Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise (Ditos & Escritos I)**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999a.

_____. **Em defesa da sociedade**. Curso no Collège de France (1975/ 1976) Tradução Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999b.

_____. **Os anormais**: Curso no Collège de France (1974-1975). Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2002.

_____. **O Poder Psiquiátrico**: Curso do Collège de France (1973-1974). Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. **Segurança, território e população:** curso no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

_____. **Vigiar e Punir.** Nascimento da prisão. Tradução de Raquel Ramallete. 35 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008b.

_____. Crise da medicina ou crise da antimedicina. **Verve**, São Paulo, n.18, out. 2010, p.167-194. Disponível em:< <http://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/view/8646/6432>> Acesso em 02/12/2014.

_____. **A ordem do discurso:** aula inaugural no Collège de France. Tradução Laura Fraga de Almeida Sampaio. 23 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2013.

FERNANDES JUNIOR, Lindolfo Ribeiro. **A Secretaria do Estado da Saúde do Paraná: suas origens e sua evolução no período de 1853–1983.** Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde; Governo do Paraná, 1987.

FRAYZE-PEREIRA, J. A. **O que é loucura?** 4. ed. São Paulo: Brasiliense, 1985. (Coleção Primeiros Passos 73).

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

IGNÁCIO, V.T.G.; NARDI, H.C. A medicalização como estratégia biopolítica: um estudo sobre o consumo de psicofármacos no contexto de um pequeno município do Rio Grande do Sul. **Psicologia & Sociedade**; 19 (3): 88-95, 2007 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v19n3/a13v19n3.pdf> Acesso em: 12/09/2014

JELSMA, Martin. O estado atual do debate sobre políticas de drogas. Tendências da última década na União Européia e nas Nações Unidas – **Texto de apoio para a Primeira Reunião da Comissão Latinoamericana sobre Drogas e Democracia.** Rio de Janeiro, 30 de abril de 2008. Disponível em: http://www.drogasedemocracia.org/Arquivos/martin_jelsma_portugues.pdf Acesso em: 16/04/2012.

LE GOFF, J. **História e memória**. Tradução Bernardo Leitão [et al.]. 5ª ed. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2003.

LINS, E. V. A nova Lei de Drogas e o usuário: a emergência de uma política pautada na prevenção, na redução de danos, na assistência e na reinserção social. In: FILHO, A. *et al.* (orgs). **Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas**. Salvador: EDUFBA: CETAD, 2009. (Coleção drogas: clínica e cultura)

LOUGON, Mauricio. **Psiquiatria institucional: do hospício a reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

MACRAE, Edward. O Controle social do uso de substâncias psicoativas. In: PASSETTI, Edson; SILVA, Roberto D. Dias da. **Conversações abolicionistas: uma crítica do sistema penal e da sociedade punitiva**. São Paulo: IBCCrim, 1997. Disponível em: <http://neip.info/textos/> Acesso em: 01/08/2011.

_____. A elaboração das políticas públicas em relação ao uso religioso da Ayahuasca. In: LABATE, B. C. [et al.] (orgs.) **Drogas e Cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008. Disponível em: <http://www.neip.info/index.php/content/view/91.html> Acesso em: 30/04/2012.

MACHADO, R. et AL. **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MONTEIRO, R. M. P. **Dependência química e juventude: a carreira moral de jovens adictos em Instituições de Recuperação**. Dissertação de mestrado – PPG em Sociologia da UFC, 2011.

MOTA, L. de A. **Pecado Crime ou Doença? Representações Sociais da Dependência Química**. Dissertação de mestrado – PPG em Sociologia da UFC, 2008.

MUCHAIL, S. T. **Foucault, simplesmente**. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

NOVAES. H. M. D. **Diagnosticar e classificar: o limite do olhar**. Tese (doutorado) Faculdade de Medicina Da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, 1987.

OLMO, R. D. **A face oculta da droga.** tradução de Teresa Ottoní. Rio de Janeiro: Revan, 1990.

PAULIN, L. F. e TURATO, E. R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde** — Manguinhos, vol. 11(2), maio-ago. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v11n2/01.pdf>> Acesso em: 23/07/2011

PEREA et al. Metodología de la ciência política. **Cuadernos metodológicos 28.** Madri – CIS (Centro de Investigaciones Sociológicas), 2009 (2ª.ed.). (Introducción, pp. 7-15).

PESSOTTI, Isaias. **O século dos manicômios.** São Paulo: Editora 34, 1996.

RESENDE, Heitor. I. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, Silvério Almeida; COSTA, Nilson do Rosário Costa. (org.) **Cidadania e loucura. Políticas de Saúde Mental no Brasil.** Petrópolis: Ed. Vozes, 1992.

RUSSO, J. Psiquiatria, manicômio e cidadania no Brasil. In: RUSSO, J. **Duzentos anos de psiquiatria.** Rio de Janeiro: Relume Dumará: Ed. UFRJ, 1993

SANTOS, F. S. D. dos; VERANI, A. C. Alcoolismo e medicina psiquiátrica no Brasil do início do século XX. **História, Ciência, Saúde** – **Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.17, supl.2, dez. 2010.

SEQUEIRA, J. P. **As origens psicológicas da toxicomania.** Tese de mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 2003. Disponível em: <<http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/916/1/DM%20SEQU-J1.pdf>> Acesso em 13/05/2014.

SOARES, L.B.T. História da Terapia Ocupacional. In: CAVALCANTI, A; GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional: fundamentação & prática.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

SZASZ, T. **Ideologia e doença mental.** 2ª ed. Tradução de José Sanz. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.

TEIXEIRA, Mário. **Hospício e poder.** Brasília: Editora do Senado Federal, 1993.

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.

TRAD, S. Controle do uso de drogas e prevenção no Brasil: revisitando sua trajetória para entender seus desafios atuais. In: FILHO, A. *et al.* (orgs). **Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas**. Salvador: EDUFBA: CETAD, 2009. (Coleção drogas: clínica e cultura).

TUNDIS, S; COSTA, N. do R. (Org.). **Cidadania e loucura: origens das políticas de saúde mental no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes, 1987.

VARGAS, E. V. Os corpos intensivos: sobre o estatuto social das drogas legais e ilegais. In: DUARTE, L. F. D e LEAL, O. F. (orgs.) **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2001.

VENÂNCIO, A. T. A.; CASSILIA, J. A. P. Política assistencial psiquiátrica e o caso da Colônia Juliano Moreira: exclusão e vida social (1940-1954). In: Wadi, Yonissa M.; Santos, Nádia Maria W. (Org.). **História e loucura: saberes, práticas e narrativas**. Uberlândia: Editora da UFU. 2010.

VENÂNCIO, A. T. A. Classificando diferenças: as categorias demência precoce e esquizofrenia por psiquiatras brasileiros na década de 1920. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v.17, supl.2, dez. 2010, p.327-343.

_____. Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.18, supl.1, dez. 2011, p.35-52. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v18s1/03.pdf>> Acesso em: 12/07/2012.

WADI, Y. 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: Ed. Da Universidade / UFRGS, 2002.

_____. Uma história da loucura no tempo presente: os caminhos da assistência psiquiátrica no Estado do Paraná. **Revista Tempo e Argumento**, Florianópolis, v.01, n.01, 2009.

WADI, Y. M. (org.) **Instituições de assistência psiquiátrica do estado do Paraná: inventário**. Guarapuava: Unicentro, 2012.

WADI, Y. M.; CASAGRANDE, A. D. Assistência psiquiátrica no estado do Paraná: um mapa dos hospitais especializados. In: XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais, 2011, Salvador. **Anais do XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais**, Salvador: Universidade Federal da Bahia / Conlab, 2011a. p. 1-16. Disponível em: <<http://www.xiconlab.eventos.dype.com.br/site/anaiscomplementares>> Acesso em 01/10/2011.

_____. Os primeiros anos do Hospital Colônia Adauto Botelho: em busca de uma instituição modelar (Paraná, 1954-1958). In: **Anais do XXVI Simpósio Nacional de História (ANPUH)**. São Paulo, julho 2011b. Disponível em: <http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1300305291_ARQ_UIVO_ST58-ArtigoYonissa-Attiliana.pdf> Acesso em 10/05/2012.

_____. Políticas de saúde e assistência psiquiátrica no Brasil: o ideário dos hospitais-colônia e a construção do Adauto Botelho no Paraná, anos 1950. **Trashumante**. Revista Americana de Historia Social 5, 2015.

ZAFIROPOULOS, Markos; PINELL, Patrice. Drogas, Desclassificação e Estratégias de Desqualificação. In: PINELL, Patrice. **Análises Sociológicas das Políticas de Saúde**. Tradução de Irene Ernest Dias e Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

Documentos

BRASIL. Decreto nº 1.132, de 22 de Dezembro de 1903. **Reorganiza a Assistência a Alienados.** 1903. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>> Acesso em: 20/05/2014.

BRASIL. Decreto nº 4.294, de 6 de julho de 1921. **Estabelece penalidades para os contraventores na venda de cocaína, opio, morfina e seus derivados; crêa um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo álcool ou substâncias venenosas; estabelece as fórmulas de processo e julgamento e manda abrir os créditos necessários.** 1921a. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4294-6-julho-1921-569300-publicacaooriginal-92525-pl.html>> Acesso em: 10/09/2011.

BRASIL. Decreto nº 14.969, de 3 de Setembro de 1921. **Approva o regulamento para a entrada no país das substâncias tóxicas, penalidades impostas aos contraventores e sanatório para toxicômanos,** 1921b. Disponível em: <http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaNormas.action?numero=14969&tipo_norma=DEC&data=19210903&link=s> Acesso em: 10/09/2011.

BRASIL. Decreto nº 20.930, de 11 de Janeiro de 1932. **Fiscaliza o emprego e o comércio das substâncias tóxicas entorpecentes, regula a sua entrada no país de acordo com a solicitação do Comitê Central Permanente do Opio da Liga das Nações, e estabelece penas,** 1932. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-20930-11-janeiro-1932-498374-publicacaooriginal-81616-pe.html>> Acesso em: 17/10/2011.

BRASIL. Decreto 24.559 de três de Julho de 1934. **Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção á pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências,** 1934. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-24559-3-julho-1934-515889-norma-pe.html>> Acesso em: 17/10/2011.

BRASIL. Decreto-lei n° 891, de 25 de novembro de 1938. **Aprova a Lei de Fiscalização de Entopocentes**, 1938. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/De10891.htm> Acesso em: 17/10/2011.

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.

BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. **Decreto-lei n. 8.550 de 3 de janeiro de 1946**. Autoriza o Ministério da Educação e Saúde a celebrar Acôrdos, visando a intensificação da assistência psiquiátrica no território nacional. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=103960>> Acesso em: 21/03/2011.

BRASIL. Decreto n° 6.368 de 21 de outubro de 1976. **Lei de Entopocentes**, 1976. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1976/6368.htm>> Acesso em: 17/10/2011.

BRASIL. Decreto n° 2.632, de 19 de Junho de 1998. **Dispõe sobre o Sistema Nacional Antidrogas, e dá outras providências**, 1998. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1998/decreto-2632-19-junho-1998-400767-publicacaooriginal-1-pe.html>> Acesso em: 17/10/2011.

BRASIL. Lei n° 10.216, de 6 de abril de 2001. **Lei de Reforma Psiquiátrica**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtorno mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. 2001 Disponível: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm> Acesso em: 17/10/2011.

BRASIL. Portaria GM/MS n° 2.197, de 14 de outubro de 2004. **Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências**. 2004. Disponível em: <http://www.husm.ufsm.br/janela/legislacoes/saude-mental/saude->

mental/portaria-gm-ms-no-2197-de-14-de-outubro-de-2004.pdf Acesso em: 11/10/2013.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 1.612 de 09 de setembro de 2005. **Aprova as Normas de Funcionamento e Credenciamento/ Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas.** 2005. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_1612.pdf> Acesso em: 11/10/2013.

BRASIL. Lei nº 10.409 de 11 de janeiro de 2002. **Lei Anti-Drogas.** Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2002/10409.htm>> Acesso em: 17/10/2011.

BRASIL. Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006. **Lei Nacional de Drogas.** Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2006/11343.htm>> Acesso em: 17/10/2011.

BRASIL. Portaria GM/MS Nº 2.197, de 14 de outubro de 2004. **Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências.** Disponível em: <http://www.husm.ufsm.br/janela/legislacoes/saude-mental/saude-mental/portaria-gm-ms-no-2197-de-14-de-outubro-de-2004.pdf> Acesso em: 02/08/2011.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 1.612 de 09 de setembro de 2005. **Aprova as Normas de Funcionamento e Credenciamento/ Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas.** 2005. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_1612.pdf> Acesso em: 02/08/2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas.** 2 ed. revisada e ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf>
Acesso em: 02/08/2011.

BRASIL. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. **Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria seu Comitê Gestor, e dá outras providências.** 2010a. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2010/decreto-7179-20-maio-2010-606392-normaatualizada-pe.pdf>> Acesso em: 12/10/2014

BRASIL. Lei nº 12.219, de 31 de março de 2010. **Altera o art. 73 da Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para permitir que a União possa celebrar convênios com os Estados e o Distrito Federal visando à prevenção e repressão do tráfico ilícito e do uso indevido de drogas, e com os Municípios com o objetivo de prevenir o seu uso indevido, e possibilitar a atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas.** 2010b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12219.htm> Acesso em: 12/10/2014

BRASIL. Projeto de Lei 7663/10. **Acrescenta e altera dispositivos à Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para tratar do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas, dispor sobre a obrigatoriedade da classificação das drogas, introduzir circunstâncias qualificadoras dos crimes previstos nos arts. 33 a 37, definir as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e dá outras providências.** 2010c. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=789804&filename=PL+7663/2010> Acesso em: 12/10/2014

BRASIL. Decreto nº 7.637, de 8 de dezembro de 2011. **Altera o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas.** 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7637.htm> Acesso em: 12/10/2014

BRASIL. Projeto de Lei nº 3.365/12. **Altera o art. 29 do decreto-Lei nº891, de 1938, que prevê a possibilidade de internação compulsória de dependentes de drogas ou álcool.** 2012. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/sileg/integras/974662.pdf> Acesso em: 12/10/2014

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO PARANÁ. A estrutura no modelo substitutivo ao hospitalocêntrico. **Contato**, Curitiba, ano 12, n. 71, p. 22-28, set./out.2010.

PARANÁ-HCAB. **Relatórios do HCAB**. Piraquara: HCAB, jan./dez. 1955 [Caderno 1]

PARANÁ-HCAB. **Relatórios do HCAB**. Piraquara: HCAB, jan./dez. 1956. [Caderno 2]

PARANÁ-HCAB. **Relatórios do HCAB**. Piraquara: HCAB, jan./dez. 1957. [Caderno 3]

PARANÁ-HCAB. **Relatórios do HCAB**. Piraquara: HCAB, jan./abr. 1958. [Caderno 4]

PARANÁ-HCAB. **Estudos e Propostas para o Hospital Colônia Adauto Botelho**. Piraquara: HCAB, [1988?].

PARANÁ-HCAB. **HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO – H.C.A.B.** Piraquara: HCAB, [198?].

PARANÁ-HCAB. **Livro de registro (1)**. Piraquara: HCAB, 1983-1985.

PARANÁ-HCAB. **Livro de registro (2)**. Piraquara: HCAB, 1988-1992.

PARANÁ-HCAB. **Unidade de Recuperação de Alcoolistas – U.R.A – Organização e Rotinas**. Pinhais, [199?].

PARANÁ-HCAB. **Livro de registro (3)**. Piraquara: HCAB, 1993-1996.

PARANÁ-HCAB. **Livro de registro (4)**. Piraquara: HCAB, 1997-1999.

PARANÁ-HCAB. **Livro de registro (5)**. Piraquara: HCAB, 2000-2003.

PARANÁ-HCAB. **Livro de registro (6)**. Piraquara: HCAB, 2004-2006.

PARANÁ-HCAB. **Livro de registro (7)**. Piraquara: HCAB, 2007-2010.

PARANÁ-HCAB. **Livro de registro (8)**. Piraquara: HCAB, 2011-2012.

PARANÁ. Lei Estadual nº 11.189/PR, de 9 de novembro de 1995. **Dispõe sobre as condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cuidados com transtornos mentais**, 1995. Disponível em <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Legislacao/Estadual_Leis/Lei_Estadual_n_11_189PR_de_9_de_novembro_de_1995.pdf> Acesso em: 09/09/2011

PARANÁ. Hospital Colônia Adauto Botelho. **Projeto Terapêutico Institucional do Hospital Colônia Adauto Botelho (HCAB) referente aos anos de 2003 a 2006**. Pinhais: HCAB, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Manual da classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbito. Classificação Internacional de Doenças. Nona Revisão (CID-9)**. Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português. Ministério da Saúde/Universidade de São Paulo. Organização Pan-Americana de Saúde. São Paulo/Brasil, 1980. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70943/4/ICD_10_1980_v1_pt_1.pdf>. Acesso em: 05/10/2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10. Versão: 1.6c, 1998. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/download.htm>> Acesso em: 12/08/2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Mundial da Saúde Transtornos devido ao uso de substâncias. In: Organização Pan-Americana da Saúde & Organização Mundial da Saúde (Orgs.). Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Brasília: Gráfica Brasil. 2001.

Teses e Dissertações

ALMENDRA, C. A. da C.. **Violência e tráfico:** o indizível e o impronunciável – cenas de Campinas, Rio de Janeiro e São Paulo. 2007. Tese (Doutorado em Ciências Sociais), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

ARAÚJO, I. de S. **Alcoolismo como processo:** da identidade construída à (des) construção da pessoa. 2008. Dissertação (Mestrado em Sociologia), Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

ARAÚJO, F. A. de. **“A loucura encontra seu lugar”:** um estudo sobre o processo de constituição da assistência psiquiátrica no Hospital Filadélfia de Marechal Cândido Rondon/PR. 2011. Dissertação (Mestrado em História), Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Marechal Cândido Rondon, UNIOESTE, 2011.

BERCÊ, J. **O canto e o bailado para a lua cheia:** o Santo Daime incorporado à vida urbana de São Paulo. 2007. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

BIELLA, J. B. **Trajetórias e rotina de prisioneiras por tráfico de drogas:** autoras e coadjuvantes. 2007. Dissertação (Mestrado em Sociologia), Florianópolis, 2007.

CAVALCANTI, R. R. **Transformação de uma estrutura asilar em uma atual instituição assistencial psiquiátrica no Estado de Alagoas.** Dissertação (Mestrado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento), Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005.

CYPRESTE, A. D. **Crime e trabalho no Brasil:** a criminalização das drogas entre a primeira república e o Código Penal de 1940. 2010. Dissertação (Mestrado em Sociologia), da Universidade Estadual do Norte Fluminense, Campo dos Goytacazes, 2010.

DESIDÉRIO, P. M. M. **Telenovela e Comportamento Social:** A Questão das Drogas em “O Clone”. 2004. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais), Universidade Federal de Goiania, 2004.

FERNANDEZ, O. F. R. L. **Coca-light?** Usos do corpo, rituais de consumo e carreiras de “cheiradores” de cocaína em São Paulo. 2007. Tese (Doutorado em Ciências Sociais), Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.

FONSECA, M. **Coexistir na fronteira:** notas de um antropólogo sobre a trajetória de um grupo de jovens em meio a uma guerra entre a comunidade e o tráfico de drogas. 2009. Tese (Doutorado em Ciências Sociais), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2009.

GRILLO, C. C. **Fazendo o doze na pista:** Um estudo de caso do mercado ilegal de drogas na classe média. 2008. Dissertação (Mestrado em Sociologia), Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008.

NOVAES, H. M. D. **Diagnosticar e classificar.** O limite do olhar. 1987. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva), Universidade de São Paulo, São Paulo, 1987.

OLIVEIRA, J. E. B. de. **Santo Daimé - O Professor dos Professores:** A transmissão do conhecimento através dos hinos. Tese (Doutorado em Sociologia), Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

OUYAMA, M. **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). 2006. Tese (Doutorado em História), Universidade Federal do Paraná. Curitiba, UFPR, 2006.

PETUCO, D. R. da. S. **Entre imagens e palavras.** O discurso de uma campanha de prevenção ao crack. 2011. Dissertação (Mestrado em Educação), Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2011.

RESENDE, S. E. M. **Dois infinitos se estreitando num abraço insano:** As drogas e a violência no cotidiano dos jovens de escolas Públicas e particulares de Maceió. 2009. Dissertação (Mestrado em Sociologia), Universidade Federal do Alagoas, Maceió, 2009.

RICCIARDI, G. S. **O uso da Ayahuasca e a experiência de transformação, alívio e cura, na União do Vegetal (UDV).** 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais), Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

RUI, T. C. **Corpos abjetos**: etnografia em cenários de uso e comércio de crack.2012. Tese (Doutorado em Antropologia Social), Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.

SOUZA, V. M. de S. **Ayahusca, identificando sentidos**: o uso ritual da bebida na União do Vegetal. 2010. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais), Universidade Federal do Maranhão, São Luis do Maranhão, 2010.

SOUZA, S. A. de. **Existir no tráfico**: percepções e vivências dos jovens traficantes de drogas da favela brasileira. 2010. Dissertação (Mestrado em Sociologia), Universidade Estadual do Norte Fluminense, Campo dos Goytacazes, 2010.

SOUZA, V. R. E. **Contrarreforma psiquiátrica**: o modelo hospitalocêntrico nas políticas públicas em saúde mental no rio grande do sul. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais). 2012. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

VALENÇA. T. (Wilton Valença da Silva Junior). **Consumir e ser consumido, eis a questão!** Configurações entre usuários de drogas numa cultura de consumo.2005. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais), Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.

VALENÇA. T. (Wilton Valença da Silva Junior). **Consumir e ser consumido, eis a questão! (Parte II)** Outras configurações entre usuários de drogas numa cultura de consumo.2010 Tese (Doutorado em Ciências Sociais), Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

APÊNDICES

1 – Tabelas dados da pesquisa nos livros de registros do HCAB/PR (1983-2012)

LIVRO 1 (22.01.1983 a 10.06.1987)

- ➔ Total de internamentos livro 1 (22.01.83 a 17.05.85): **2.861 (100%)**
- ➔ Total de internamentos no CRA: **616 (21,5%)**
- ➔ Total de internamentos outras unidades (transtornos mentais): **2.245 (78,5%)**

DIAGNÓSTICOS¹¹⁰ de entradas no CRA (Centro de Recuperação de Alcoolistas)

Códigos CID-9 anotados nos livros de registro do HCAB	Nº	(%)	Descrição do diagnóstico conforme Manual CID-9
<u>Total raiz diagnóstica</u> <u>303</u>	<u>462</u>	<u>75</u> <u>%</u>	303. Síndrome da dependência do álcool Estado psíquico e

¹¹⁰ Cf. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Manual da classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbito. Classificação Internacional de Doenças. Nona Revisão (CID-9).** Centro da OMS para Classificação de Doenças em Português. Ministério da Saúde/Universidade de São Paulo. Organização Pan-Americana de Saúde. São Paulo/Brasil, 1980. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70943/4/ICD_10_1980_v1_pt_1.pdf>. Acesso em: 05/10/2014.

<p>* São registrados nas variações: 303, 303.9, 303.9/0, 303.9/4 e 303.9/2.</p> <p>** Esta última classificação (303.9/2) corresponde à uma margem expressivamente superior dentre as demais, isto é, 380 (61,7%) dos 462 (75%) casos.</p> <p>*** Das demais variações registrou-se: um caso (0,16%) de 303.9/0 e um de 303.9/4; três casos (0,49%) de 303.9; e 77 casos (12,5%) de 303.</p> <p>**** Na versão do CID-9 consultada consta somente a categoria 303, sem derivações do quarto e/ou quinto dígito.</p>			<p>também geralmente físico resultante da ingestão de álcool caracterizado por reações de comportamento e outras que sempre incluem uma compulsão para ingerir álcool de modo contínuo ou periódico a fim de experimentar seus efeitos psíquicos e por vezes evitar o desconforto de sua falta; a tolerância ao mesmo podendo ou não estar presente. Uma pessoa pode apresentar dependência do álcool e de outras drogas; neste caso também codifique em 304 adequadamente. Se a dependência estiver associada a psicose alcoólica ou a complicações físicas, ambas devem ser codificadas.</p> <p>Alcoolismo crônico</p> <p>Embriaguez aguda no alcoolismo</p> <p>Dipsomania</p> <p>Exclui:</p> <p>complicações físicas do</p>
---	--	--	--

Desconhecido o motivo e significado, estes registros foram incluídos no computo da raiz diagnóstica dos três primeiros dígitos (303).			álcool, tais como: cirrose do fígado (571.2)
<u>305.0</u> * Registrado na variação 305.0/3	<u>1</u>	<u>0,1</u> <u>6%</u>	305.0 - Álcool (Casos de intoxicação aguda ou efeitos de ressaca) <ul style="list-style-type: none"> • Bebedeira SOE¹¹¹ • Ingestão excessiva de álcool SOE • Embriaguez SOE • Ressaca (do álcool) <p>Exclui: complicações físicas do álcool, tais como:</p> <p>cirrose do fígado (571.2)</p> <p>epilepsia (345.-)</p> <p>gastrite (535.3)</p> <p>psicoses alcoólicas</p>

¹¹¹¹¹ Segundo o Manual CID-9 pesquisado, a expressão "SOE" é abreviação para "sem outra especificação", equivalendo também à "não especificado" e "não qualificado". (OMS, 1980, p. XXVI)

			(291.-) 305 - Abuso de drogas sem dependência
291	1	0,1 6%	291 - Psicoses alcoólicas Estados psicóticos orgânicos devidos principalmente a consumo excessivo de álcool; julga-se que as deficiências de nutrição desempenham papel importante. Em alguns desses estados, a abstinência do álcool pode ter significado etiológico. Exclui: alcoolismo sem psicose (303)
291.0	1	0,1 6%	291.0 - <i>Delirium tremens</i> Estados psicóticos orgânicos agudos ou subagudos em alcoólatras, caracterizados por obnubilação da consciência, desorientação, medo, ilusões, idéias delirantes, alucinações de qualquer tipo, especialmente visuais e tacteis,

			<p>inquietação, tremores e às vezes febre.</p> <p>Delírio alcoólico</p>
<p>291.3</p> <p>* Registrado na variação 291.3/0</p>	1	0,16%	<p>291.3 - Outra alucinação alcoólica</p> <p>Psicose habitualmente de menos de seis meses de duração, sem obnubilação ou com leve turvação da consciência e acentuada inquietação ansiosa, na qual predominam as alucinações auditivas, estas consistindo em vozes que proferem insultos e ameaças.</p>
<p>291.9</p> <p>* Registrados nas variações 291.9, 291.9/0 e 291.9/6</p>	4	0,65%	<p>291.9 - Não especificada</p> <p>Alcoolismo (crônico) com psicose.</p> <p>Mania e psicose } alcoólica SOE</p>
<p><u>Total raiz diagnóstica 291</u></p>	<u>7</u>	<u>1,13%</u>	Psicoses alcoólicas
<p>295.3</p> <p>* Registrado na variação 295.3/0</p>	1	0,16%	<p>295.3 – Esquizofrenia (tipo paranóide)</p> <p>Forma de esquizofrenia na qual idéias</p>

		<p>delirantes relativamente persistentes, acompanhadas às vezes de alucinações, dominam o quadro clínico. As idéias delirantes são freqüentemente de perseguição, mas podem tomar outras formas [por exemplo, de ciúmes, origem ilustre, missão messiânica ou mudanças somáticas]. As alucinações e o comportamento excêntrico podem ocorrer; em alguns casos a conduta está seriamente afetada desde o início da doença, os distúrbios de pensamento são vultuosos e podem se desenvolver afetividade rasa com delírio e alucinações fragmentárias.</p> <p>Esquizofrenia parafrênica</p> <p>Exclui:</p> <p>Estado paranóide involutivo (297.2)</p> <p>Paranóia (297.1)</p>
--	--	---

			Psicoses esquizofrênicas (295)
295.6	1	0,1 6%	<p>295.6 Esquizofrenia residual</p> <p>Forma crônica de esquizofrenia em que os sintomas que persistem desde a fase aguda perderam grande parte de sua intensidade. A resposta emocional está embotada e os transtornos do pensamento, mesmo quando acentuados, não impedem a execução de tarefas de rotina.</p> <p>Esquizofrenia crônica indiferenciada.</p> <p>Estado residual (esquizofrênico).</p> <p>Estado esquizofrênico residual.</p>
295.9	1	0,1 6%	<p>295.9 – Esquizofrenia (não especificada)</p> <p>Para ser usada somente como último recurso.</p> <p>Esquizofrenia SOE</p>

			<p>Reação esquizofrênica SOE</p> <p>Psicose esquizofreniforme SOE</p>
<u>Total raiz diagnóstica 295</u>	<u>3</u>	<u>0,4 9%</u>	Esquizofrenias
<p>298.9</p> <p>* Registrados na variação 298.9/0</p> <p>** Subcategoria da raiz diagnóstica de três dígitos: 298.</p>	3	0,4 9%	<p>298.9 - Psicose não especificada</p> <p>Para ser usada somente como último recurso, quando nenhum outro termo pode ser usado.</p> <p>Psicose SOE</p> <p>298 - Outras psicoses não-orgânicas</p> <p>As categorias 298.0- 208.8 devem ser restritas ao pequeno grupo de afecções psicóticas que são em grande parte ou totalmente atribuídas a uma experiência existencial recente. Não devem ser usadas para a vasta gama de psicoses nas quais fatores ambientais tem alguma [mas não a maior] influência na etiologia.</p>

<u>Total raiz diagnóstica</u> <u>298</u>	<u>3</u>	<u>0,4</u> <u>9%</u>	Outras psicoses não-orgânicas
<u>Comorbidades</u>	<u>1</u>	<u>0,1</u> <u>6%</u>	* Associação registrada: 303.9/2 + 345 345 Epilepsia Exclui: epilepsia mioclônica progressiva (333.2)
<u>Não informados</u>	<u>139</u>	<u>22,</u> <u>5%</u>	
TOTAL	616	100 %	

LIVRO 2 (12.04.1988 a 30.12.1992)

- ➔ Total de internamentos livro: **2.981 (100%)**
- ➔ Total de internamentos URA: **1.174 (40%)**
- ➔ Total de internamentos demais unidades (Transtornos Mentais): **1.807 (60%)**

Diagnósticos de entradas URA

Códigos CID-9 anotados nos livros de registro do	Nº	(%)	Descrição do diagnóstico conforme Manual CID-9

HCAB			
<p><u>Total raiz diagnóstica 303</u></p> <p>* São registrados nas variações 303, 303.9, 303.9/0, 303.9/8 e 303.9/2.</p> <p>** Esta última classificação (303.9/2) corresponde à uma margem expressivamente superior dentre as demais, isto é, 1.181 (88,2%) dos 1.196 (89,4%) casos.</p> <p>*** Das demais variações registrou-se: um caso (0,07%) de 303 e um de 303.9/8; seis casos (0,45%) de 303.9; e sete casos (0,52%) de 303.9/0.</p> <p>**** Na versão do CID-9 consultada</p>	<p><u>1.0</u> <u>58</u></p>	<p><u>90</u> <u>%</u></p>	<p>303 - Síndrome da dependência do álcool</p> <p>Estado psíquico e também geralmente físico resultante da ingestão de álcool caracterizado por reações de comportamento e outras que sempre incluem uma compulsão para ingerir álcool de modo contínuo ou periódico a fim de experimentar seus efeitos psíquicos e por vezes evitar o desconforto de sua falta; a tolerância ao mesmo podendo ou não estar presente. Uma pessoa pode apresentar dependência do álcool e de outras drogas; neste caso também codifique em 304 adequadamente. Se a dependência estiver associada a psicose alcoólica ou a complicações físicas, ambas devem ser codificadas.</p> <p>Alcoolismo crônico</p> <p>Embriaguez aguda no</p>

<p>consta somente a categoria 303, sem derivações do quarto e/ou quinto dígito. Desconhecido o motivo e significado, estes registros foram incluídos no computo da raiz diagnóstica dos três primeiros dígitos (303).</p>			<p>alcoolismo</p> <p>Dipsomania</p> <p>Exclui:</p> <p>complicações físicas do álcool, tais como:</p> <p>cirrose do fígado (571.2)</p>
<p>304</p>	<p>9</p>	<p>0,7 6%</p>	<p>304 - Dependência de drogas</p> <p>Estado psíquico e por vezes também físico resultante do uso de uma droga, caracterizado por reações de comportamento e outras que sempre incluem uma compulsão para usar droga de modo contínuo ou periódico a fim de experimentar seus efeitos psíquicos e por vezes evitar o desconforto de sua falta.</p> <p>A tolerância B mesma pode ou não estar presente. Uma pessoa</p>

			<p>pode apresentar dependência de mais de uma droga.</p> <p>Exclui: abuso de drogas sem dependência (305.-)</p>
<p>304.2</p> <p>* Registrados nas variações 304.2 e 304.2/2</p>	3	0,2 5%	<p>304.2 Cocaína</p> <p>Folhas e derivados da coca</p>
304.3	2	0,1 7%	<p>304.3 Cannabis</p> <p>Haxixe (hashish) Marijuana Maconha</p>
<p>304.5</p> <p>* Registrado na variação 304.5/7</p>	1	0,0 8%	<p>304.5 Alucinógenos</p> <p>LSD e derivados Psilocibina Mescalina</p>
<p>304.6</p> <p>* Registrados na variação 304.6/5</p>	2	0,1 7%	<p>304.6 Outras</p> <p>Abuso de absinto, Aspiração de cola</p> <p>Exclui: dependência do fumo (305.1)</p>
304.8	7	0,5 9%	304.8 Associações excluindo drogas tipo

* Registrados nas variações: 304.8 e 304.8/1			morfina
304.9 * Registrados nas variações: 304.9, 304.9/0 e 304.9/2	11	0,9 3%	304.9 Não especificada
<u>Total raiz diagnóstica 304</u>	<u>35</u>	<u>3%</u>	
291.0 * Registrado na variação 291.0/6 ** Subcategoria da raiz diagnóstica de três dígitos: 291.	7	0,5 9%	291.0 = Delirium tremens Estados psicóticos orgânicos agudos ou subagudos em alcoólatras, caracterizados por obnubilação da consciência, desorientação, medo, ilusões, idéias delirantes, alucinações de qualquer tipo, especialmente visuais e tateis, inquietude, tremores e às vezes febre. Delírio alcoólico 291. Psicoses alcoólicas

			<p>Estados psicóticos orgânicos devidos principalmente a consumo excessivo de álcool; julga-se que as deficiências de nutrição desempenham papel importante. Em alguns desses estados, a abstinência do álcool pode ter significado etiológico.</p> <p>Exclui: alcoolismo sem psicose (303)</p>
<p>291.3</p> <p>* Registrado na variação 291.3/0</p>	1	0,0 8%	<p>291.3 = Outra alucinoze alcoólica</p> <p>Psicose habitualmente de menos de seis meses de duração, sem obnubilação ou com leve turvação da consciência e acentuada inquietude ansiosa, na qual predominam as alucinações auditivas, estas consistindo em vozes que proferem insultos e ameaças.</p>
<p>291.4</p> <p>* Registrado na variação 291.4/9.</p>	1	0,0 8%	<p>291.4 Embriaguez patológica</p> <p>Episódios psicóticos agudos induzidos por quantidades</p>

			relativamente pequenas de álcool. São consideradas reações individuais idiossincrásicas ao álcool, independentes de consumo excessivo de álcool e sem sinais neurológicos manifestos de intoxicação. Exclui: embriaguez simples (305.0)
291.8 * Registrado nas variações: 291.8 e 291.8/1.	2	0,1 7%	291.8 Outras (psicoses alcoólicas) Síndrome de abstinência alcoólica Exclui: delirium tremens (291.0)
291.9 * Registrado nas variações: 291.9, 291.9/0, 291.9/2, 291.9/6.	17	1,4 %	291.9 = Não especificada Alcoolismo (crônico) com psicose. Mania e psicose } alcoólica SOE
<u>Total raiz diagnóstica 291</u>	<u>28</u>	<u>2,3 %</u>	291. Psicoses alcoólicas
292.0	1	0,0 8%	292.0 Síndrome de abstinência de drogas

<p>* Subcategoria da raiz diagnóstica de três dígitos: 292.</p>		<p>Estados associados a abstinência de drogas, desde os graves, tais como os especificados para o álcool em 391.0 (delirium tremens) até estados menos graves caracterizados por um ou mais sintomas tais como convulsões, tremores, ansiedade, inquietude, queixas gastrintestinais e musculares, desorientação e distúrbios de memória leves.</p> <p>292 Psicoses por drogas</p> <p>Síndromes que não se coadunam com as descrições apresentadas em 295-298 (psicoses não orgânicas), e que são devidas a consumo de drogas [principalmente anfetaminas, barbitúricos, opiáceos e drogas do grupo LSD] e solventes.</p> <p>Algumas das síndromes deste grupo não são tão graves como a maioria das afecções denominadas de "psicóticas", entretanto,</p>
---	--	--

			<p>incluem-se aqui por razões “psicóticas”. Usar o código adicional E para identificar a droga e também codificar a dependência da droga (304.-), se presente</p>
<p>292.1</p> <p>* Subcategoria da raiz diagnóstica de três dígitos: 292.</p>	1	0,08%	<p>292.1 Estados paranóides e/ou alucinatórios induzidos por drogas</p> <p>Estados de duração maior que alguns dias mas geralmente menor que alguns meses, associados a acentuado ou prolongado consumo de drogas, especialmente dos grupos das anfetaminas e do LSD. As alucinações auditivas habitualmente predominam, podendo ocorrer ansiedade e inquietude.</p> <p>Exclui:</p> <p>Estados seguidos a consumo de LSD ou outros alucinógenos, de duração apenas de alguns dias ou menos ["más viagens"]. (305.3) Os quadros mentais descritos com</p>

			confusão ou delirium (293.-)
<u>Total raiz diagnóstica</u> <u>292</u>	<u>2</u>	<u>0,1</u> <u>7%</u>	292 Psicoses por drogas
<u>295.3</u>	<u>2</u>	<u>0,1</u> <u>7%</u>	<p>Esquizofrenia - Tipo paranóide</p> <p>Forma de esquizofrenia na qual idéias delirantes relativamente persistentes, acompanhadas às vezes de alucinações, dominam o quadro clínico. As idéias delirantes são freqüentemente de perseguição, mas podem tomar outras formas [por exemplo, de ciúmes, origem ilustre, missão messiânica ou mudanças somáticas]. As alucinações e o comportamento excêntrico podem ocorrer; em alguns casos a conduta está seriamente afetada desde o início da doença, os distúrbios de pensamento são vultuosos e podem se desenvolver afetividade</p>

			<p>rasa com delírio e alucinações fragmentárias.</p> <p>Esquizofrenia parafrênica</p> <p>Exclui:</p> <p>Estado paranóide involutivo (297.2)</p> <p>Paranóia (297.1)</p> <p>Psicoses esquizofrênicas (295)</p>
<p><u>298.9</u></p> <p>* Registrados nas variações: 298.9 e 298.9/0.</p> <p>**</p> <p>Subcategoria da raiz diagnóstica de três dígitos: 298.</p>	<u>12</u>	<u>1%</u>	<p>298.9 Psicose não especificada</p> <p>Para ser usada somente como último recurso, quando nenhum outro termo pode ser usado.</p> <p>Psicose SOE</p> <p>298 Outras psicoses não-orgânicas</p> <p>As categorias 298.0-208.8 devem ser restritas ao pequeno grupo de afecções psicóticas que são em grande parte ou totalmente atribuídas a uma experiência existencial recente. Não devem ser usadas para a vasta gama de</p>

			psicoses nas quais fatores ambientais tem alguma [mas não a maior] influência na etiologia.
<u>Comorbidades</u>	<u>18</u>	<u>1,5</u> <u>%</u>	Associações registradas: 291.9/0 + 292.9/7 - 291.9/0 + 303.9/2 - 303.9/2 + 291.9/0 - 303.9/2 + 304.2/2 - 304.6 + 298.9 - 303.9/2 + 304.9 - 298.9/0 + 303.9/2 - 303.9/2 + 304.9/0 - 304 + 303.9/2 - 291.0/6 + 303.9/2 - 303.9/2 + 298.9/0 - 304.2/2 + 303.9/2 - 303.9/2 + 291.0/6 - 303.9/2 + 345.9 - 304.2/2 + 304.3/0 - 303 + 304 - 304.9 + 303.9/2 - 303.9/2 + 304.8/1.
<u>Não informados</u>	<u>19</u>	<u>1,6</u> <u>%</u>	
TOTAL	1.174	100 %	

LIVRO 3 (07.01.1993 a 30.12.1996)

→ Total de internamentos livro: **3.478 (100%)**

- ➔ Total de internamentos URA: **1.650 (47%)**
- ➔ Total de internamentos outras unidades (Transtornos Mentais): **1.828 (53%)**

Diagnósticos de entradas URA

Códigos CID-9 inscritos nos livros de registro do HCAB	Nº	(%)	Descrição do diagnóstico conforme Manual CID-9
<p><u>Total raiz diagnóstica 303</u></p> <p>* São registrados nas variações 303, 303.9, 303.9/0, 303.9/3 e 303.9/2.</p> <p>** Esta última classificação (303.9/2) corresponde à uma margem expressivamente superior dentre as demais, isto é, 1.376 (90,4%) dos 1.440 (94,6%) casos.</p> <p>*** Das demais variações registrou-se:</p>	<u>15</u> <u>60</u>	<u>94,</u> <u>5%</u>	<p>303 - Síndrome da dependência do álcool</p> <p>Estado psíquico e também geralmente físico resultante da ingestão de álcool caracterizado por reações de comportamento e outras que sempre incluem uma compulsão para ingerir álcool de modo contínuo ou periódico a fim de experimentar seus efeitos psíquicos e por vezes evitar o desconforto de sua falta; a tolerância ao mesmo podendo ou não estar presente. Uma pessoa pode apresentar dependência do álcool e de outras drogas; neste caso também codifique em 304</p>

<p>um caso (0,06%) de 303.9/3; seis casos (0,4%) de 303.9; 11 casos (0,7%) de 303.9/0; e 46 (3%) de 303.</p> <p>**** Na versão do CID-9 consultada consta somente a categoria 303, sem derivações do quarto e/ou quinto dígito. Desconhecido o motivo e significado, estes registros foram incluídos no computo da raiz diagnóstica dos três primeiros dígitos (303).</p>			<p>adequadamente. Se a dependência estiver associada a psicose alcoólica ou a complicações físicas, ambas devem ser codificadas.</p> <p>Alcoolismo crônico</p> <p>Embriaguez aguda no alcoolismo</p> <p>Dipsomania</p> <p>Exclui: complicações físicas do álcool, tais como:</p> <p>cirrose do fígado (571.2)</p>
<p>304</p>	<p>12</p>	<p>0,7 %</p>	<p>304 - Dependência de drogas</p> <p>Estado psíquico e por vezes também físico resultante do uso de uma droga, caracterizado por reações de comportamento e outras que sempre incluem uma</p>

			<p>compulsão para usar droga de modo contínuo ou periódico a fim de experimentar seus efeitos psíquicos e por vezes evitar o desconforto de sua falta.</p> <p>A tolerância B mesma pode ou não estar presente. Uma pessoa pode apresentar dependência de mais de uma droga.</p> <p>Exclui: abuso de drogas sem dependência (305.-)</p>
304.2	2	0,2 %	<p>304.2 Cocaína</p> <p>Folhas e derivados da coca</p>
<p>304.8</p> <p>* Registrados na variação 304.8/1</p>	3	0,3 %	<p>304.8 Associações excluindo drogas tipo morfina</p>
<p>304.9</p> <p>* Registrados nas variações 304.9, 304.9/0 e 304.9/2</p>	11	0,8 %	<p>304.9 Não especificada</p>

<u>Total raiz diagnóstica 304</u>	<u>28</u>	<u>2%</u>	
<u>301</u>	<u>2</u>	<u>0,2 %</u>	<p>301 Transtornos da personalidade</p> <p>Padrões de comportamento desajustados e profundamente arraigados que são reconhecidos geralmente desde a adolescência ou antes e que persistem durante maior parte da vida adulta, apesar de se tomarem menos óbvios na idade madura ou na velhice. A personalidade é anormal tanto em relação ao equilíbrio dos seus componentes, em suas qualidades e expressão, quanto em relação ao seu aspecto total. Em virtude desse desvio ou psicopatia o paciente sofre ou os outros têm de sofrer e ocorre um efeito adverso sobre o indivíduo ou sobre a sociedade. Inclui o que algumas vezes é chamado de personalidade</p>

			<p>psicopática, mas caso esta tenha sido determinada primariamente por mau funcionamento do cérebro, não deveria ser classificado aqui mas como uma das síndromes cerebrais orgânicas não-psicóticas (310). Quando o paciente apresenta uma anomalia da personalidade diretamente relacionada à sua neurose ou psicose, por exemplo, personalidade esquizóide e esquizofrênica, ou personalidade anancástica e neurose obsessivo-compulsiva, deve ser diagnosticada também a neurose ou psicose pertinente em evidência.</p> <p>Neurose de caráter</p>
<p><u>345</u></p> <p>*Este caso registra a entrada de adolescente de 13 anos (menor de idade) no URA Cf. p. 57.</p>	<p><u>1</u></p>	<p><u>0,1</u> <u>%</u></p>	<p>345 Epilepsia</p> <p>Exclui: epilepsia mioclônica progressiva (333.2)</p>

<p><u>298.9</u></p> <p>* Registrados na variação 298.9/0</p> <p>**</p> <p>Subcategoria da raiz diagnóstica de três dígitos: 298.</p>	<p><u>12</u></p>	<p><u>0.7</u> <u>%</u></p>	<p>298.9 Psicose não especificada</p> <p>Para ser usada somente como último recurso, quando nenhum outro termo pode ser usado.</p> <p>Psicose SOE</p> <p>298 Outras psicoses não-orgânicas</p> <p>As categorias 298.0-208.8 devem ser restritas ao pequeno grupo de afecções psicóticas que são em grande parte ou totalmente atribuídas a uma experiência existencial recente. Não devem ser usadas para a vasta gama de psicoses nas quais fatores ambientais tem alguma [mas não a maior] influência na etiologia.</p>
<p><u>291.0</u></p> <p>* Registrado na variação 291.0/6</p> <p>**</p> <p>Subcategoria da raiz diagnóstica de três dígitos:</p>	<p><u>1</u></p>	<p><u>0.1</u> <u>%</u></p>	<p>291.0 = <i>Delirium tremens</i></p> <p>Estados psicóticos orgânicos agudos ou subagudos em alcoólatras, caracterizados por obnubilação da consciência,</p>

291.			<p>desorientação, medo, ilusões, idéias delirantes, alucinações de qualquer tipo, especialmente visuais e tacteis, inquietude, tremores e às vezes febre.</p> <p>Delírio alcoólico</p> <p>291. Psicoses alcoólicas</p> <p>Estados psicóticos orgânicos devidos principalmente a consumo excessivo de álcool; julga-se que as deficiências de nutrição desempenham papel importante. Em alguns desses estados, a abstinência do álcool pode ter significado etiológico.</p> <p>Exclui: alcoolismo sem psicose (303)</p>
<u>Comorbidades</u>	<u>2</u>	<u>0,1</u> <u>%</u>	Associações registradas: 303.9 + 298.5 e 304.9/2 + 303.9/2
<u>Não informados</u>	<u>44</u>	<u>2,7</u> <u>%</u>	
TOTAL	1.6 50	100 %	

LIVRO 4 (02.01.1997 à 31.12.1999)

- ➔ Total de internamentos do livro completo: **4.154 (100%)**
- ➔ Total de internamentos URA: **1.835 (44,2%)**
- ➔ Total de internamentos outras unidades (Transtornos Mentais): **2.319 (55,8%)**
- ➔ A contagem desse livro será dividida seguindo as modificações históricas próprias do preenchimento, as saber, a mudanças dos códigos do CID 9 para o CID 10.

Primeira metade: (02.01.1997 à 20.01.1998 – páginas 09-77)
Códigos do CID-9

Diagnósticos de entradas URA

Códigos CID-9 inscritos nos livros de registro do HCAB	Nº	(%)	Descrição do diagnóstico conforme Manual CID-9
<u>Total raiz diagnóstica 303</u>	<u>469</u>	<u>95 %</u>	303 - Síndrome da dependência do álcool
* São registrados nas variações 303, 303.9, 303.9/3 e 303.9/2.			Estado psíquico e também geralmente físico resultante da ingestão de álcool caracterizado por reações de comportamento e outras que sempre incluem uma compulsão para ingerir álcool de modo
**Esta última classificação (303.9/2) corresponde à			

<p>uma margem expressivamente superior dentre as demais, isto é, 608 (92,8%) dos 623 (95%) casos.</p> <p>*** Das demais variações registrou-se: um caso (0,15%) de 303.9/3; dois casos (0,3%) de 303.9; e 12 casos (1,8%) de 303.</p> <p>**** Na versão do CID-9 consultada consta somente a categoria 303, sem derivações do quarto e/ou quinto dígito. Desconhecido o motivo e significado, estes registros foram incluídos no computo da raiz diagnóstica dos três primeiros dígitos (303).</p>			<p>contínuo ou periódico a fim de experimentar seus efeitos psíquicos e por vezes evitar o desconforto de sua falta; a tolerância ao mesmo podendo ou não estar presente. Uma pessoa pode apresentar dependência do álcool e de outras drogas; neste caso também codifique em 304 adequadamente. Se a dependência estiver associada a psicose alcoólica ou a complicações físicas, ambas devem ser codificadas.</p> <p>Alcoolismo crônico</p> <p>Embriaguez aguda no alcoolismo</p> <p>Dipsomania</p> <p>Exclui: complicações físicas do álcool, tais como:</p> <p>cirrose do fígado (571.2)</p>
304	9	1,8	304 - Dependência de

		%	drogas Estado psíquico e por vezes também físico resultante do uso de uma droga, caracterizado por reações de comportamento e outras que sempre incluem uma compulsão para usar droga de modo contínuo ou periódico a fim de experimentar seus efeitos psíquicos e por vezes evitar o desconforto de sua falta. A tolerância B mesma pode ou não estar presente. Uma pessoa pode apresentar dependência de mais de uma droga. Exclui: abuso de drogas sem dependência (305.-)
304.9 * Registrados nas variações 304.9 – um caso (0.15%), 304.9/1 – cinco casos (0,7%) e 304.9/2 um	7	1,2 %	304.9 Não especificada

caso (0.15%).			
<u>Total raiz diagnóstica</u> <u>304</u>	<u>16</u>	<u>3%</u>	
<u>308.9</u> * Registrado na variação 308.9/0. ** Subcategoria da raiz diagnóstica de três dígitos: 308.	<u>1</u>	<u>0,1</u> <u>5%</u>	308.9 Não especificada 308 Reação aguda ao "stress" Transtornos muito transitórios de qualquer gravidade e natureza, que ocorrem em indivíduos sem qualquer transtorno mental aparente, em resposta a um "stress" físico ou mental excepcional, tal como catástrofe natural ou batalha, os quais desaparecem em horas ou dias. "Delirium" por esgotamento Tensão emocional (stress) catas- Fadiga de combate tráfica Exclui: reação de ajustamento (309.-)
<u>309</u>	<u>1</u>	<u>0,1</u> <u>5%</u>	309 Reação de ajustamento

		<p>Transtornos leves, ou transitórios de duração maior que as reações ao "stress" (308.-) os quais ocorrem em indivíduos de qualquer idade sem nenhum transtorno mental aparente e pré-existente. Tais transtornos são muitas vezes relativamente circunscritos ou específicos de determinadas situações; geralmente são reversíveis e duram apenas poucos meses. Comumente relacionam-se de perto no tempo e em conteúdo a estado de "stress" tais como perda de ente querido, migração ou experiência de separação. As reações a estados tensionais mais acentuados de duração maior que alguns dias também são incluídas aqui. Nas crianças, estes transtornos não estão associados a distorções importantes do desenvolvimento.</p> <p>Exclui:</p> <p>Reação aguda a estado</p>
--	--	---

			tensional acentuado (308.-) transtornos neuróticos (300.-)
<p><u>298.9</u></p> <p>* Registrados nas variações 298.9/0 em seis casos (0,9%) e 298.9/2 em um caso (0.15%)</p> <p>** Subcategoria da raiz diagnóstica de três dígitos: 298.</p>	<u>7</u>	<u>1%</u>	<p>298.9 Psicose não especificada</p> <p>Para ser usada somente como último recurso, quando nenhum outro termo pode ser usado.</p> <p>Psicose SOE</p> <p>298 Outras psicoses não-orgânicas</p> <p>As categorias 298.0-208.8 devem ser restritas ao pequeno grupo de afecções psicóticas que são em grande parte ou totalmente atribuídas a uma experiência existencial recente. Não devem ser usadas para a vasta gama de psicoses nas quais fatores ambientais tem alguma [mas não a maior] influência na etiologia.</p>
<p><u>291.0</u></p> <p>* Registrado na variação</p>	<u>1</u>	<u>0,1</u> <u>5%</u>	<p>291.0 = <i>Delirium tremens</i></p> <p>Estados psicóticos</p>

<p>291.0/6</p> <p>**</p> <p>Subcategoria da raiz diagnóstica de três dígitos: 291.</p>		<p>orgânicos agudos ou subagudos em alcoólatras, caracterizados por obnubilação da consciência, desorientação, medo, ilusões, idéias delirantes, alucinações de qualquer tipo, especialmente visuais e tacteis, inquietude, tremores e às vezes febre.</p> <p>Delírio alcoólico</p> <p>291. Psicoses alcoólicas</p> <p>Estados psicóticos orgânicos devidos principalmente a consumo excessivo de álcool; julga-se que as deficiências de nutrição desempenham papel importante. Em alguns desses estados, a abstinência do álcool pode ter significado etiológico.</p> <p>Exclui: alcoolismo sem psicose (303)</p>
--	--	--

<u>Comorbidades</u>	<u>1</u>	<u>0,3</u> <u>%</u>	<p>Associação registrada: 303 + 307 e</p> <p>307 Síndrome e sintomas especiais não classificados em outra parte</p> <p>Afecção na qual o sintoma ou grupo de sintomas predominantes não faz parte integrante de uma afecção fundamental a ser classificada prioritariamente.</p> <p>Exclui:</p> <p>Quando devidas a transtornos mentais classificados em outra parte;</p> <p>Quando de origem orgânica;</p>
TOTAL	488	100 %	

Segunda metade do livro (21.01.1998 a 31.12.1999) - Códigos do CID-10¹¹²

Diagnósticos de entradas URA

Códigos CID-10 inscritos nos livros de registro do HCAB	Nº	(%)	Descrição do diagnóstico conforme Manual CID-10
F10	929	78 %	F10 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool
F10.2	400	20,6 %	F10.2 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - <u>síndrome de dependência</u>
<u>Total raiz diagnóstica F10</u>	<u>1.329</u>	<u>98,6 %</u>	
F19	5	0,18 %	F19 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao

¹¹² Cf. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10.

Versão: 1.6c, 1998. Disponível em:

<<http://www.datasus.gov.br/cid10/download.htm>> Acesso em: 12/08/2013.

			uso de outras substâncias psicoativas
F19.2	1	0,09 %	F19.2 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas – <u>síndrome de dependência</u>
<u>Total raiz diagnóstica F19</u>	<u>6</u>	<u>0,27 %</u>	
<u>F29 (outros transtornos mentais extra “dependência química”)</u>	<u>10</u>	<u>0,9 %</u>	F29 - Psicose não-orgânica não especificada
<u>Não informados</u>	<u>2</u>	<u>0,18 %</u>	
TOTAL	1.347	100 %	

LIVRO 5 (02.03.2000 a 31/12/2003)

➔ Total de internamentos do livro: **3336 (100%)**

- ➔ Total de internamento URA: **1298 (40%)**
- ➔ Total de internamentos demais unidades (transtorno mental): **1998 (60%)**

Diagnósticos de entradas URA

Códigos CID-10 inscritos nos livros de registro do HCAB	Nº	(%)	Descrição do diagnóstico conforme Manual CID-10
F10	106	13,5 %	F10 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool
F10.2 * No período analisado foram identificados sete casos (0,43%) da variação F10.24 e um caso (0,06%) para as variações 10.23 e 10.25. Desconhecido o motivo e significado, estes registros	1.168	84,8 %	F10.2 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - <u>síndrome de dependência</u>

foram incluídos no computo da raiz diagnóstica dos três primeiros dígitos (F10).			
<u>Total raiz diagnóstica F10</u>	<u>1.27</u> <u>4</u>	<u>98,3</u> <u>%</u>	
F19	3	0,37 %	F19 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas
<u>Total raiz diagnóstica F19</u>	<u>3</u>	<u>0,37</u> <u>%</u>	
F29	11	0,68 %	F29 - Psicose não-orgânica não especificada
F23.0	1	0,06 %	F23.0 - Transtorno psicótico agudo polimorfo, sem sintomas esquizofrênicos
<u>Total de “outros” transtornos mentais extra</u>	<u>12</u>	<u>0,74</u> <u>%</u>	

<u>“dependência química”</u>			
<u>Comorbidades</u>	<u>1</u>	<u>0,06</u> <u>%</u>	
<u>Não informados</u>	<u>8</u>	<u>0,5</u> <u>%</u>	
TOTAL	1.298	100 %	

LIVRO 6 (02.01.2004 a 31.12.06)

- Neste livro realizei a contagem por ano, pois uma primeira leitura dinâmica e superficial pareciam indicar que no ano de 2006 havia um aumento dos diagnósticos F19 e seus correlatos, o que é confirmado com a contagem minuciosa.
- Além disso, no ano de 2006 aparecem a entrada de indivíduos com o diagnóstico F14 (transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de cocaína), essas em sua maioria jovens, alguns até menores de 18 anos.
- A soma do total de internamentos dos três anos (2004, 2005 e 2006) que compõem o Livro 6 , resulta em 1.692 internamentos;

Ano de 2004 - (02.01.04 a 31.12.04)

- Total de internamentos de 2004: **1.490 (100%)**
- Total de internamentos URA: **520 (35%)**

→ Total de internamentos outras unidades (transtornos mentais):
970 (65%)

Diagnósticos de entrada URA

Códigos CID-10 inscritos nos livros de registro do HCAB	Nº	(%)	Descrição do diagnóstico conforme Manual CID-10
F10	228	43,8 %	F10 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool
F10.2 * No período analisado foram identificados cinco casos (0,9%) da variação F10.24. Desconhecido o motivo e significado, estes registros foram incluídos no computo da raiz diagnóstica dos três	249	47,9 %	F10.2 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - <u>síndrome de dependência</u>

primeiros dígitos (F10.2)			
F10.4	2	0,38 %	F10.4 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - <u>síndrome de abstinência com delirium</u>
F10.5	1	0,19 %	F10.5 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - <u>transtorno psicótico</u>
<u>Total raiz diagnóstica F10</u>	<u>480</u>	<u>92,3</u> <u>%</u>	
F19	9	1,7 %	F19 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas

<p>F19.2</p> <p>* No período analisado foram identificados quatro casos (0,7%) da variação F19.24. Desconhecido o motivo e significado, estes registros foram incluídos no computo da raiz diagnóstica dos três primeiros dígitos (F19.2)</p>	<p>19</p>	<p>3,6 %</p>	<p>F19.2 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - <u>síndrome de dependência</u></p>
<p><u>Total raiz diagnóstica F19</u></p>	<p><u>28</u></p>	<p><u>5,4</u> <u>%</u></p>	
<p><u>F29 (outros transtornos mentais extra “dependência química”)</u></p>	<p><u>2</u></p>	<p>0,38 %</p>	<p>F29 - Psicose não-orgânica não especificada</p>

<u>Comorbidades</u>	<u>8</u>	<u>1,5</u> <u>%</u>	Associações registradas: F10 + F29 - F10 + F19 - F19 + F10 - F10 + <u>F.32</u> - F10 + F19 - F10.2 + F19 - F10.2 + F19 - F10.2 + F19 F32.0 - Episódio depressivo leve
<u>Não informados</u>	<u>2</u>	<u>0,38</u> <u>%</u>	
TOTAL	520	100 %	

Ano de 2005 - (03.01.05 a 30.12.05)

- ➔ Total de internamentos de 2005: **1.247 (100%)**
- ➔ Total de internamentos URA: **537 (43%)**
- ➔ Total de internamentos outras unidades (transtornos mentais): **710 (57%)**

Diagnósticos de entradas URA

Códigos CID-10 inscritos nos livros de registro do HCAB	Nº	(%)	Descrição do diagnóstico conforme Manual CID-10

F10	17	3,1 %	F10 - Transtornos mentais e comportamentais devid os ao uso de álcool
F10.2 * No período analisado foram identificados quatro casos (0,73%) da variação F10.24. Desconhecido o motivo e significado, estes registros foram incluídos no computo da raiz diagnóstica dos três primeiros dígitos (F10.2)	417	77,6 %	F10.2 - Transtornos mentais e comportamentais devid os ao uso de álcool - <u>síndrome de dependência</u>
F10.3	1	0,18 %	F10.3 - Transtornos mentais e comportamentais devid os ao uso de álcool - <u>síndrome (estado) de dependência</u>
F10.5	1	0,18 %	F10.5 - Transtornos mentais e comportamentais

			devidos ao uso de álcool – <u>transtorno psicótico</u>
<u>Total raiz diagnóstica F10</u>	<u>436</u>	<u>81</u> <u>%</u>	
F19	10	1,8 %	F19 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas
F19.2 * No período analisado foram identificados três casos (0,5%) da variação F19.24. Desconhecido o motivo e significado, estes registros foram incluídos no computo da raiz diagnóstica dos três primeiros dígitos (F19.2)	78	14,5 %	F19.2 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - <u>síndrome de dependência</u>

<u>Total raiz diagnóstica F19</u>	<u>88</u>	<u>16,3</u> <u>%</u>	
<u>F29 (outros transtornos mentais extra dependência química)</u>	<u>1</u>	<u>0,18</u> <u>%</u>	F29 - Psicose não-orgânica não especificada
<u>Comorbidades</u>	<u>10</u>	<u>1,8</u> <u>%</u>	Associações registradas: F10 .2 + F19 - F10.2 + F29 - F19.2 + F10 .2 - F19 + F10 .2 - F10 + F19 - F10.2 + F19 - F10.2 + F19.24 - F10.2 + F19.2 - F10.2 + F19.2 - F10 .2 + F19
<u>Não informados</u>	<u>2</u>	<u>0,37</u> <u>%</u>	
TOTAL	537	100 %	

Ano de 2006 (03.01.06 a 31.12.06)

- ➔ Total de internamentos de 2006: **1.427 (100%)**
- ➔ Total de internamentos URA: **668 (46,8%)**
- ➔ Total de internamentos outras unidades (transtornos mentais): **759 (53,2%)**

Diagnósticos de entradas URA

Códigos CID-10 inscritos nos livros de registro do HCAB	Nº	(%)	Descrição do diagnóstico conforme Manual CID-10
10	22	3,3 %	F10 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool
F10.2	349	52,2 %	F10.2 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - <u>síndrome de dependência</u>
F10.0	2	0,3 %	F10.0 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - <u>intoxicação aguda</u>
F10.4	1	0,15 %	F 10.4 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - <u>síndrome de abstinência com delirium</u>
F10.5	1	0,15 %	F10.5 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - <u>transtorno</u>

			<u>psicótico</u>
<u>Total raiz diagnóstica F10</u>	<u>375</u>	<u>56</u> <u>%</u>	
F19	16	2,4 %	F19 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas
F19.2 * No período analisado foram identificados dois casos (0,3%) da variação F19.24. Desconhecido o motivo e significado, estes registros foram incluídos no computo da raiz diagnóstica dos três primeiros dígitos (F19.2)	250	37,4 %	F19.2 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - <u>síndrome de dependência</u>
F19.9	1	0,15 %	F19.9 - <u>Transtornos mentais</u> e

			<u>comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - transtorno mental ou comportamental não especificado</u>
<u>Total raiz diagnóstica F19</u>	<u>267</u>	<u>40%</u>	
F14.2 * No período analisado foram identificados um caso (015%) para as variações F14.24 e F14.29. Desconhecido o motivo e significado, estes registros foram incluídos no computo da raiz diagnóstica dos três primeiros dígitos (F14.2)	7	1%	F14.2 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína - <u>síndrome de dependência</u>
<u>Total raiz diagnóstica</u>	<u>7</u>	<u>1%</u>	

<u>F14</u>			
<u>F16.2</u>	<u>1</u>	<u>0.15</u> <u>%</u>	F16.2 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos - <u>síndrome de dependência</u>
<u>F29 (outros transtornos mentais extra “dependência química”)</u>	<u>4</u>	<u>0.6</u> <u>%</u>	Psicose não-orgânica não especificada
<u>Comorbidades</u>	<u>7</u>	<u>1%</u>	Associações registradas: F19.2 + F10.2 - F10.2 + F19.2 - F10 + F19 - F10.2 + F.19.2 - F19.2 + F10.2 - F19.2 + F29 - F10.2 + F32
<u>Não informados</u>	<u>7</u>	<u>1%</u>	
TOTAL	683	100 %	

LIVRO 7 (02.01.2007 a 28.12.2010)

➔ Total de internamentos do livro 7: **4.066 (100%)**

- ➔ Total de internamentos URA: **1.768 (43,5%)**
- ➔ Total de internamentos outras unidades (transtornos mentais): **2.298 (56,5%)**
- ➔ As idades variam muito, mas é perceptível que os diagnósticos F19 e F14 prevalecem indivíduos entre os 18 e a faixa etária dos 30 anos, já o F10 (alcoolismo) representa, em suma, indivíduos acima da faixa dos 30 anos. Há exceções para ambos.

Diagnósticos das entradas URA

Códigos CID-10 inscritos nos livros de registro do HCAB	Nº	(%)	Descrição do diagnóstico conforme Manual CID-10
F10	62	3,5 %	F10 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool
F10.0	6	0,3 %	F10.0 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - <u>intoxicação aguda</u>
F10.2	603	34,4 %	F10.2 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - <u>síndrome de dependência</u>
F10.3	6	0,3 %	F10.3 - Transtornos mentais e comportamentais devidos

			os ao uso de álcool - <u>síndrome (estado) de dependência</u>
F10.4	6	0,3 %	F10.4 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - <u>síndrome de abstinência com delirium</u>
F10.5	4	0,2 %	F10.5 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - <u>transtorno psicótico</u>
F10.9	2	0,1 %	F10.9 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - <u>transtorno mental ou comportamental não especificado</u>
<u>Total raiz diagnóstica F10</u>	<u>689</u>	<u>39,1 %</u>	
F19	72	4 %	F19 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - <u>intoxicação aguda</u>

F19.2	631	36%	F19.2 - Transtornos mentais e comportamentais devid os ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - <u>síndrome de dependência</u>
F19.3	1	0,05 %	F19.3 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - <u>síndrome (estado) de abstinência</u>
F19.5	1	0,05 %	F19.5- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - <u>transtorno psicótico</u>
<u>Total raiz diagnóstica F19</u>	<u>705</u>	<u>40,1 %</u>	
F14	49	2,8 %	F14 - Transtornos mentais e comportamentais devid os ao uso da cocaína

F14.2	221	12,6 %	F14.2 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína - <u>síndrome de dependência</u>
F14.9	1	0,05 %	F14.9 - Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso da cocaína - <u>transtorno mental ou comportamental não especificado</u>
<u>Total raiz diagnóstica F14</u>	<u>271</u>	<u>15,5 %</u>	
F20.0	1	0,05 %	F20.0 - Esquizofrenia paranóide
F23	3	0,17 %	F23 - Transtornos psicóticos agudos e transitórios
F31.2	1	0,05 %	F31.2 - Transtorno afetivo bipolar, episódio atual maníaco com sintomas psicóticos
F32	2	0,1 %	F32 - Episódios depressivos

<u>Total de “outros” transtornos mentais extra “dependência química”</u>	<u>7</u>	<u>0,4%</u>	
<u>Comorbidades</u>	<u>53</u>	<u>3%</u>	São variações entre F10, F19 e F14, poucas vezes encontramos ainda, variações com F29, F32, F20, F70, F31.5.
<u>Não informados</u>	<u>43</u>	<u>2,4%</u>	
TOTAL	1.768	100%	

LIVRO 8 (03.01.2011 a 04.12.2012)

- ➔ Total de internamentos do livro 8: **1.372 (100%)**
- ➔ Total de internamentos URA: **735 (53,6%)**
- ➔ Total de internamentos outras unidades (transtornos mentais): **637 (46,4%)**

DIAGNÓSTICOS entradas URA

Códigos CID-10 inscritos nos	Nº	(%)	Descrição do diagnóstico conforme Manual CID-10
-------------------------------------	-----------	------------	--

livros de registro do HCAB			(nosografia)
F10.2	312	42,5 %	F10.2 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - <u>síndrome de dependência</u>
F10	31	4,2 %	F10 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool
F10.3	1	0,14 %	F10.3 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - <u>síndrome [estado] de abstinência</u>
F10.5	1	0,14 %	F10.5 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool - <u>transtorno psicótico</u>
<u>Total raiz diagnóstica F10</u>	<u>345</u>	<u>47 %</u>	
F19	23	3,1 %	F19 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras

F19.0	2	0,27 %	F19.0 - Transtornos mentais e comportamentais devi dos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativa s - <u>intoxicação aguda</u>
F19.2	194	26,4 %	F19.2 - Transtornos mentais e comportamentais devi dos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativa s - <u>síndrome de dependência</u>
F19.7	1	0,14 %	F19.7 - Transtornos mentais e comportamentais devi dos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativa s - <u>transtorno psicótico residual ou de instalação tardia</u>
<u>Total raiz diagnóstica F19</u>	<u>220</u>	<u>29 %</u>	
F14	10	1,4 %	F14 - Transtornos mentais e comportamentais devi dos ao uso da cocaína - <u>intoxicação aguda</u>

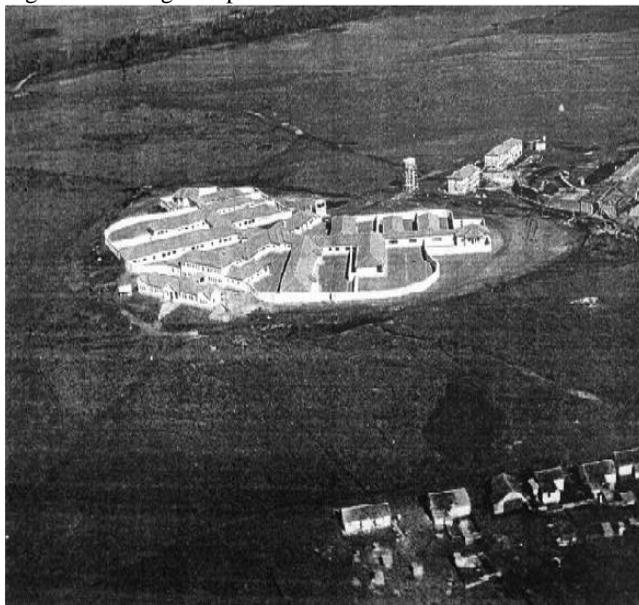
F14.2	79	10,7 %	F14.2 - Transtornos mentais e comportamentais devi dos ao uso da cocaína - <u>síndrome de</u> <u>dependência</u>
F14.9	1	0,14 %	F14.9 - Transtornos mentais e comportamentais devi dos ao uso da cocaína - <u>transtorno mental ou</u> <u>comportamental não</u> <u>especificado</u>
<u>Total raiz</u> <u>diagnóstica</u> <u>F14</u>	<u>90</u>	<u>12,2</u> <u>%</u>	
F29	2	0,27 %	F29 - Psicose não-orgânica não especificada
F31.4	1	0,14 %	F31.4 - Transtorno afetivo bipolar, episódio atual depressivo grave sem sintomas psicótic os
F31.7	1	0,14 %	F31.7 - Transtorno afetivo bipolar, atualmente em remissão

<u>Total de “outros” transtornos mentais extra “dependência química”</u>	<u>4</u>	<u>0,55%</u>	
<u>Não informado</u>	<u>51</u>	<u>6,9%</u>	
<u>Comorbidades</u>	<u>25</u>	<u>3,4%</u>	Em todos os casos registrados verifica-se associações entre os diagnósticos F10, F19 e F14.
TOTAL	735	100%	

ANEXOS

Anexo 1

Figura 1 – Fotografia panorâmica HCAB/PR



Fonte: PARANÁ-HCAB, “Relatórios do HCAB”, Piraquara, jan./dez. 1955.
HCAB, Piraquara, Caderno 1, f. 24

Anexo 2

Figura 2 – Laborterapia masculina - HCAB/1960

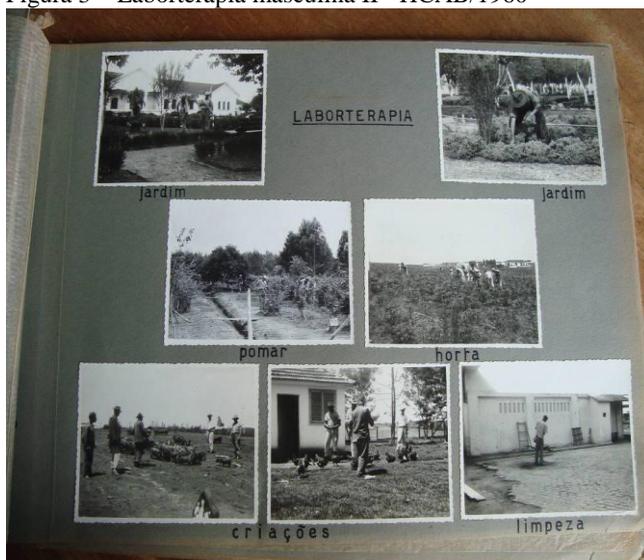


Fonte: álbum disponível no acervo do HCAB.

Org.: CASAGRANDE, A. D. (2014)

Anexo 3

Figura 3 – Laborterapia masculina II - HCAB/1960



Fonte: álbum disponível no acervo do HCAB.
Org.: CASAGRANDE, A. D. (2014)

Anexo 4

Figura 4 – Laborterapia feminina - HCAB/1960



Fonte: álbum disponível no acervo do HCAB.
Org.: CASAGRANDE, A. D. (2014)