

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPÍ
BACHARELADO EM ENFERMAGEM

ANA BÁRBARA SANTOS DE FREITAS
FRANCISCO DAS CHAGAS SOARES DA SILVA JÚNIOR

A HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA PIAUIENSE: Os avanços e desafios da saúde mental

TERESINA

2022

ANA BÁRBARA SANTOS DE FREITAS
FRANCISCO DAS CHAGAS SOARES DA SILVA JÚNIOR

A HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA PIAUIENSE: Os avanços e desafios da saúde mental

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Banca Examinadora do Centro Universitário
UNINOVAFAPI como requisito para a
obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Juliana Macêdo
Magalhães.

TERESINA

2022

FICHA CATALOGRÁFICA

F866h Freitas, Ana Bárbara Santos de.

A História da psiquiatria piauiense: os avanços e desafios da saúde mental. Ana Bárbara Santos de Freitas; Francisco das Chagas Soares da Silva Junior – Teresina: Uninovafapi / Afya, 2022.

Monografia (Graduação em Enfermagem) – Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, 2022.

36. p.; il. 23cm.

Orientador (a): Prof. Dr. Juliana Macêdo Magalhães. Centro Universitário UNINOVAFAPI, 2022.

1. Saúde. 2. Enfermagem. 3. Historia. 4. Assistência à saúde mental. I. Título. II. Magalhães, Juliana Macêdo.

Catálogo na publicação

Antonio Luis Fonseca Silva– CRB/1035

Francisco Renato Sampaio da Silva – CRB/1028

ANA BÁRBARA SANTOS DE FREITAS
FRANCISCO DAS CHAGAS SOARES DA SILVA JÚNIOR

**A HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA PIAUIENSE: Os avanços e desafios da saúde
mental**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Banca Examinadora do
Centro Universitário UNINOVAFAPI
como requisito para a obtenção do título
de Bacharel em Enfermagem.

Data de aprovação: 19/11/2022

BANCA EXAMINADORA

Juliana Macêdo Magalhães

Profª. Dra Juliana Macêdo Magalhães

Centro Universitário UNINOVAFAPI
(Orientadora)

Fernanda Cláudia Miranda Amorim

Profª. Dra. Fernanda Cláudia Miranda Amorim

Centro Universitário UNINOVAFAPI
(1º Examinadora)

Cláudia Maria Sousa de Carvalho

Profª. Ma. Cláudia Maria Sousa de Carvalho

Centro Universitário UNINOVAFAPI
(2º Examinadora)

AGRADECIMENTOS

A Deus por nos dar forças para a continuidade da trajetória acadêmica.

A UNINOVAFAPI por ofertar a graduação em Enfermagem.

A nossa orientadora Profa. Dra. Juliana Macêdo Magalhães, pela empatia prestada a nós, pelo incentivo e pela grande assistência que sempre nos deu. Sempre muito compreensiva e dedicada. Agradecemos muito e nos sentimos orgulhosos da oportunidade em tê-la como docente e orientadora nesta instituição. Gratidão pelo acolhimento e apoio acadêmico.

À Profa. Fernanda Cláudia Miranda Amorim, que sempre nos presta ajuda e dá conselhos mesmo fora do horário da aula.

À Prof. Cláudia Maria Sousa de Carvalho, por nos ajudar com livros e indicações para nossas entrevistas.

Aos nossos amigos, Villani Rodrigues Santiago e Victor Guilherme de Sousa Canela, pelo apoio e incentivo a não desistir mesmo com todas as desavenças.

A todos os colegas, amigos e familiares que direta e indiretamente fizeram parte da nossa formação, a nossa eterna gratidão.

RESUMO

Introdução: A assistência psiquiátrica no estado do Piauí teve seu início realizado por freiras nas Santas Casas de Misericórdia, um trabalho missionário e precário, mas que podia assistir uma boa parcela da população. Anos de transformações, mudanças de modelos assistências e reformas políticas marcam a história da psiquiatria piauiense e que este presente estudo veio apresentar. Os pacientes carregavam adjetivos pesados e pejorativos, onde via-se claramente toda a tortura e desumanidade, mas após anos de batalha conquistaram o direito de uma assistência digna garantida. Desse modo, a questão norteadora é: Quais os avanços e desafios da psiquiatria piauiense? **Objetivos:** Analisar os avanços e desafios da psiquiatria piauiense, caracterizar os participantes quanto às variáveis: sexo, idade, formação e construir um referencial teórico utilizando uma linha temporal da história da psiquiatria piauiense do século XX até a reforma psiquiátrica. **Método:** Trata-se de um estudo do tipo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa realizada por meio de entrevistas semiestruturadas. Os participantes do estudo foram onze profissionais de saúde e gestores que vivenciaram a história da psiquiatria piauiense no período de 1940 aos dias atuais. Os dados foram coletados nos meses de setembro e outubro de 2022 utilizando um instrumento de coleta contendo perguntas sobre os avanços e desafios da psiquiatria piauiense. Após transcrição das entrevistas, os dados qualitativos foram organizados segundo análise temática de Minayo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário - UNINOVAFAPI pelo CAAE nº 62041922.6.0000.5210. **Resultado e discussão:** Obteve-se 11 entrevistados do sexo feminino com idade entre 27 a 62 anos onde pontuaram que os principais avanços da psiquiatria estavam voltados à construção de CAPS, reforma psiquiátrica e humanização do atendimento. Logo, os desafios são pautados no preconceito enraizado aos pacientes, profissionais e instituição que a sociedade ainda carrega, a falta de integralidade da rede assistencial e a completa falta de interesse dos gestores em investirem em políticas públicas. **Conclusão:** Por fim, a psiquiatria Piauiense avançou bastante no desenvolvimento de uma atenção psiquiátrica humanizada, pautada nos princípios do SUS, respeitando o indivíduo e integrando uma rede de assistência biopsicossocial. Assim, a política de saúde mental de âmbito nacional estabelece-se de forma diferente a território estadual e que sua funcionalidade depende de um conjunto multifatorial. Sejam eles históricos, econômicos, políticos, sociais e culturais. Espera-se que este estudo possibilite novas reflexões e discussões sobre a importância de estabelecer uma assistência à saúde mental de forma qualificada e a necessidade de avançar no cuidado integral e humanizado voltado aos pacientes com transtornos mentais, e demonstre a necessidade de pesquisas que venham a abordar sobre a importância da qualificação dos programas voltados para a atenção à saúde mental.

Descritores: Saúde. Enfermagem. História. Assistência à saúde mental.

ABSTRACT

Introduction: Psychiatric assistance in the state of Piauí began with nuns in the Santas Casas de Misericórdia, a missionary and precarious work, but which could assist a good portion of the population. Years of transformations, changes in care models and political reforms mark the history of psychiatry in Piauí and that this present study came to present. Patients carried heavy and pejorative adjectives, where all the torture and inhumanity were clearly seen, but after years of battle they won the right to guaranteed dignified assistance. Thus, the guiding question is: What are the advances and challenges of psychiatry in Piauí. **Objectives:** To characterize such a study aiming to understand mental health as a whole and the types of treatments that were developed for the recovery of patients. Describing them in terms of variables: sex, age, training and time of care in psychiatry. **Method:** This is an exploratory-descriptive study with a qualitative approach, which will be carried out in the State of Piauí, located in the northeast region of Brazil, where health professionals and managements who experienced the history of Piauí psychiatry in the period participated in the study. from 1940 to the present day, who were contacted via telephone or electronically (e-mail) for the invitation to participate in the research concomitantly with the clarification of the objectives and proposed methodology, being carried out both online and in person, made through questionnaires and observation of documents. Where 11 people were interviewed and 3 questions were asked related to the advances, challenges and improvements that each one requests about the assistance. psychiatric. **Result and discussion:** There were 11 female respondents aged between 27 and 62 years old who pointed out that the main advances in psychiatry were aimed at building CAPS, psychiatric reform and humanization of care. Therefore, the challenges are based on the rooted prejudice towards patients, professionals and institutions that society still carries, the lack of completeness of the care network and the complete lack of interest of managers in investing in public policies. **Conclusion:** Finally, psychiatry in Piauí has advanced a lot in the development of humanized psychiatric care, based on the principles of the SUS, respecting the individual and integrating a biopsychosocial assistance network. Thus, the national mental health policy is established differently from the state territory and that its functionality depends on a multifactorial set. Be they historical, economic, political, social and cultural. It is hoped that this study will enable new reflections and discussions on the importance of establishing qualified mental health care and the need to advance in comprehensive and humanized care aimed at patients with mental disorders, and demonstrate the need for research that may address the importance of qualifying programs aimed at mental health care.

Descriptors: Health. Nursing. History. Mental health assistance.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA	8
1.2 OBJETIVOS	9
1.2.1 Gerais	9
1.2.2 Específicos	9
1.3 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA	9
2 REFERENCIAL TEMÁTICO	11
3 MÉTODO	19
3.1 TIPO DE ESTUDO	19
3.2 LOCAL DO ESTUDO	19
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	19
3.4 COLETA DE DADOS	20
3.4.1 Critérios de inclusão	20
3.4.2 Critérios de exclusão	20
3.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	21
3.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	21
3.7 RISCOS	21
3.8 BENEFÍCIOS	21
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
4.1 OS AVANÇOS DA PSIQUIATRIA PIAUIENSE	22
4.2 OS DESAFIOS DA PSIQUIATRIA PIAUIENSE	27
CONCLUSÃO	33
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	
APÊNDICE B - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	
ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	
ANEXO B – DECLARAÇÃO DE REVISÃO ORTOGRÁFICA	

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

O primeiro exercício da Medicina no Piauí se deu em 1803 com a chegada do primeiro médico: o cirurgião-mor José Luiz da Silva, proveniente do milharal de São Miguel em Lisboa. Ele foi aprendiz do Hospital de São José, possuía licença de Carta Régia para exercícios de suas capacidades médicas e realizações de cirurgias com a condição de pertencer à armada portuguesa. Ao chegar em Oeiras, foi designado ao hospital existente onde atendia, em sua grande maioria, militares feridos em batalha. Logo recebeu outro médico botânico, o inglês George Gardner, escritor do livro *Travels in Brazil*, no qual descrevia suas experiências na atuação obstétrica no Estado. O início de toda clínica no Brasil se deu pelas Santas Casas de Misericórdia, um trabalho realizado por missionárias em atender os pacientes. Em Oeiras não foi diferente, prontamente foi substituído pelo Hospital de Caridade de Oeiras, criado pelo Padre Domingos da Conceição, mas com resquícios dos trabalhos missionários (GUIMARÃES, 1994).

Em 1861, o Hospital teve sua transferência decretada após Teresina tornar-se a capital do estado do Piauí, seguindo a Lei nº 361, Art 7º (1853), mas sua funcionalidade era provisória e extremamente precária. As pessoas com transtorno mental tiveram sua primeira importância na política piauiense ao ser firmado o Decreto nº 25, de abril de 1890, em que o Art. 40 afirmava que os doentes mentais tinham o direito de se classificarem para terem internação no hospital, “Art. 40- O serviço médico era classificado, segundo a natureza das enfermidades. 1º- Em Clínica Médico-Geral, abrangendo os inválidos e loucos de todos os gêneros” (GUIMARÃES, 1994).

Havia dois adjetivos comumente utilizados: alienado e louco. Uma rápida busca no dicionário português Aurelio, o adjetivo louco se refere àquele que “perdeu a razão”, sendo sinônimo de alienado (RIBEIRO, 2017).

Porém, o termo “Alienado” é bastante discutido quanto ao seu significado, pois alguns filósofos acreditam na ligação desse adjetivo às ideias contratualistas. Pinel, um médico e zoologista que se destacou no ramo da psiquiatria, defendia que o sentido desta frase é que o ser “alienado” seria um sinônimo para pacientes doentes à beira da loucura, incapazes de exercerem seus deveres morais diante da sociedade, perdendo a sua liberdade individual (própria do ser humano) e seus direitos de continuarem em comunidade seguindo as regras sociais assinadas no “contrato social”, ao qual todos estavam de acordo. Assim, o ser humano

perdido em sua própria loucura deveria existir à margem da sociedade idealizada pelo contratualista e médico Pinel; o termo transgredia a jurisdição médica e adentrava ao ramo político (POLI, 2005).

Entender o significado por trás da terminologia ajuda na assimilação da visão da sociedade sobre os “alienados”, sendo essa palavra uma das mais usadas para descrever alguém à margem da “loucura” na sociedade. No entanto, é necessário que haja meios para que essa pessoa seja cuidada e tratada, a fim de que consiga se adaptar ou viver no meio social. O cuidado mental realizado por profissionais preparados e com esse tipo de conhecimento é necessário para o auxílio efetivo, excluindo assim todo tipo de preconceito.

Todos os pacientes psiquiátricos carregavam adjetivos pesados e pejorativos, em que a sua utilização não se cabe aos dias atuais com toda a humanização e avanço da ciência aos seus cuidados, mas compreender sua terminologia é de suma importância para entender o contexto da época e como a sociedade enxergava parte dessa comunidade. Desse modo, a questão norteadora é: Quais os avanços e desafios da psiquiatria piauiense?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Gerais

Analisar os avanços e desafios da psiquiatria piauiense.

1.2.2 Específicos

- Caracterizar os participantes quanto às variáveis: sexo, idade e formação;
- Construir um referencial teórico utilizando uma linha temporal da história da psiquiatria piauiense do século XX até a reforma psiquiátrica

1.3 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

O estudo em destaque possui sua relevância por mencionar todo o processo evolutivo do desenvolvimento do cuidado psiquiátrico, além de abordar sobre como os primeiros hospitais desenvolvidos para esse fim; além disso, menciona os desafios enfrentados pelas instituições, como a questão do saneamento básico, que era muito escasso e passou por uma melhoria no decorrer dos anos. Ademais, possui importância para a academia científica, uma

vez que contribui para novos estudos, gerando novos dados; esse estudo também pode contribuir de forma positiva à comunidade científica, incentivando o interesse e a produção de mais trabalhos acerca desse assunto.

2 REFERENCIAL TEMÁTICO

O Piauí é um estado localizado na região Nordeste do país, possui mais de 250 anos de história, teve suas primeiras expedições em meados de 1674, quando Domingos Afonso Mafrense (um sertanista português) desbravou as terras da região do Centro-Sul e comandou todo o território que hoje é conhecido como interior do Estado do Piauí. Houve um encontro de duas expedições de Mafrense, além da citada anteriormente, havia outra advindo do Oeste, sendo por Pernambuco e vindo dos sertões de Cabrobó e assim instalaram-se onde hoje é conhecido como o município de Oeiras (IPHAN, 2014).

Durante os primeiros anos de Mafrense no território de Oeiras, houve solicitações de sesmarias ao governo português no intuito de administrar as terras e assim gerar lucros com a empregabilidade de agricultura ou pecuária à escolha de seus comandantes. A principal atividade exercida naquela terra era a pecuária, com a aparição de extensas fazendas de Gado às margens do riacho “Mocha” (como é conhecido), formando-se um povoado com filiações da Arqui Diocese da freguesia de Cabrobó. Apenas em 1696, com a invocação da Nossa Senhora da Vitória, atual padroeira da cidade, o pequeno povoado foi elevado à categoria de Vila com nomeação de Mocha em referência ao riacho que banha todo o território (IPHAN, 2014).

Assim, após 62 anos, em 1758, a vila subiu ao *status* de Capital da Província do Piauí, e no ano de 1761 mudou a sua categoria para a de cidade. O nome Mocha havia sido substituído por Oeiras em homenagem ao Conde de Oeiras, um ministro da suprema corte portuguesa do Rei Dom José (IPHAN, 2014).

O nascimento da clínica médica do estado do Piauí começa em Oeiras, por volta de 1803, quando chega o cirurgião-mor José Luiz da Silva, oriundo do milharal de São Miguel em Lisboa. Assim, inicia-se o exercício de sua profissão no hospital existente destinado a atender, em sua maioria, militares feridos em atividade. Sua jornada segue ao lado de outro médico, George Gardner, e assim seguiam os atendimentos de pacientes. Segue conscientemente que o marco da assistência do cuidado começou com trabalhos missionários em núcleos de Santa Casa de Misericórdia, onde o conhecimento empírico reinava (GUIMARÃES, 1994).

No dia 14 de setembro de 1822, com auxílio de economistas da Suprema Corte do Padre Domingos da Conceição, elevaram uma Santa Casa de Misericórdia ao nível de hospital, nomeando-o como “O Hospital de Caridade de Oeiras”. Um período de intensos conflitos entre brasileiros e lusitanos, os quais cessaram em 4 de julho de 1835, em virtude da

lei Provincial nº 9, aprovada pela Assembléia Legislativa, em que foi dada a criação do estabelecimento de saúde por Domingos da Conceição, mas sem qualquer concretização de seus planos e seguindo o esquema do Hospital Militar coordenado por José Luiz (GUIMARÃES, 1994).

Após a morte de José Luiz, assumiu Zaias Gois em 1845 como presidente provincial. Seu maior feito foi a economia de orçamentos curtos com subscrição popular para a construção de um Hospital. No dia 31 de março de 1849, o Hospital foi fundado por José Francisco Pereti, sendo seu primeiro diretor, mas com uma vida útil curta pois após 3 anos, com a transferência da capital para Teresina, as atividades do Hospital de Caridade de Oeiras foram encerradas (GUIMARÃES, 1994).

Após 9 anos, no dia 17 de agosto de 1861, instalou-se o Hospital de Caridade da Santa Casa de Misericórdia em Teresina, com base na Lei nº 361, Art. 7, em 1853. Seguindo ao apoio bibliográfico, sua funcionalidade era provisória e precária, sem casa própria para suas atividades, encontravam-se instalados na parte finalizada do Quartel de Polícia. Em 1890, a preocupação com os pacientes mentais veio com a sua citação no Decreto nº 25, de 22 de abril, no “Art. 40- O serviço médico era classificado, segundo a natureza das enfermidades. 1º- Em Clínica Médico-Geral, abrangendo os inválidos e loucos de todos os gêneros” (GUIMARÃES, 1994).

Segundo Guimarães (1994, p. 30), durante o período de 1852 a 1907, Álvaro de Assis Osório Mendes, um magistrado oeirense, era Governador do Estado e faleceu durante o exercício do cargo. Assumiu em seguida Afonso Pena, com diversos projetos em andamento, como a inauguração do serviço de abastecimento de água, mas acabou se ausentando das atividades políticas após viagem para o litoral piauiense. Seu vice, Areolino Antônio de Abreu, assumiu o cargo após ao falecimento de Pena, acometido por uma forte pneumonia em 5 de dezembro de 1907. Médico com formação na Universidade da Bahia, professor, orador, deputado da Assembleia Legislativa, membro do Tribunal de Contas, Abreu teve a ideia de fundar uma casa especializada em loucos; embora não fosse um problema urgente de saúde pública, esse desejo surgiu com a sua ambição de transformar Teresina em uma capital civilizada; portanto, arrecadou fundos (aproximadamente cinco contos de réis 5.000\$000,00) com seus colegas de profissão para adquirir a chácara no Campo de Marte, onde era o antigo limite norte da cidade (OLIVEIRA, 2011).

Um fator intrigante da história de Areolino de Abreu foi a semelhança das mortes, pois ele morreu como seu antecessor, em pleno exercício do poder, após um ano da construção do asilo em 1908. Em homenagem aos seus feitos, a chácara destinada ao atendimento dos

loucos recebeu o nome de “Asylo de Alienados Areolino de Abreu”, o primeiro hospital especializado de Teresina, com a chefia destinada ao primeiro diretor, Marcos Pereira de Araújo, a obra não foi concluída, mas recebia vaqueiros e meeiros (agricultores) de todo o estado e a elite.

A divisão era bem grosseira, a elite era categorizada no pavilhão de pensionista, enquanto qualquer outra pessoa era levada ao de indigentes. A maior parte da renda hospitalar advinha da diária do pensionato que chegava a 6\$000 (seis contos de réis), e mensalmente em torno de 1.440\$000 (mil e quatrocentos e quarenta contos de réis), uma quantia ínfima às despesas de toda aquela instituição.

Assim, mesmo com auxílio governamental da Diretoria de Saúde Pública, a situação era preocupante e totalmente precária. O gasto com ampolas de medicamentos, equipe, alimentação e materiais de subsistência eram superiores à quantidade de renda que entrava no caixa do Asylo. Os indigentes realizavam suas refeições em pratos de ferro esmaltado para maior duração, de cardápio havia farinha em maior porção, um pouco de arroz e feijão com acompanhamento de um pedaço de carne cozido sem entender bem se tinha mais carne ou tendão (GUIMARÃES, 1994).

Segundo Humberto (1994, p. 39), todas essas observações foram relatadas por Clidenor de Freitas Santos em um relatório bastante detalhado da situação do asilo Areolino de Abreu após assumir a diretoria do local, o qual foi apresentado durante a reunião da Associação Piauiense de Medicina. Clidenor retornou ao estado do Piauí em 1940; após anos de estudos em outros estados, especializou-se em neuropsiquiatria. Ao chegar em terras piauienses, tornou-se o primeiro médico psiquiatra da região.

Assim, assumiu a chefia da Clínica de Doenças Mentais da Santa Casa de Misericórdia após a licença do Dr. Lindolfo Monteiro. Foi nomeado diretor do abrigo de alienados Areolino de Abreu com propostas revolucionárias na maneira de tratar seus pacientes. Sua primeira mudança significativa foi a substituição do nome asilo para hospital, e em seu relatório é possível notar uma nova visão sobre a humanização dos hospitais psiquiátricos descritas nesse trecho:

a) substituir o nome Asylo de Alienados Areolino de Abreu por Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu. Asylo é uma expressão antiquada e deprimente, e alienados um termo impróprio, pois, se todo alienado é um psicopata, nem todo psicopata é um alienado. (GUIMARÃES, 1994)

As correntes e chapuzes que prendiam os pacientes agitados foram extintas no local, a reforma estrutural proposta pelo relatório trouxe uma nova realidade para a instituição. Porém, as mudanças não se limitavam apenas ao Areolino de Abreu. Dois anos depois ele havia adquirido um grande terreno às margens do rio Poty, onde mandou construir o Sanatório Meduna, longe da área urbana e com uma arquitetura inspirada na greco-romana, com toque neoclássico. O nome “Meduna” foi em homenagem ao inventor da terapia convulsiva induzida pelo cardiazol e também neuropsiquiatra Ladislav Joseph Meduna, comumente conhecido por Von Meduna.

O cardiazol é um medicamento semelhante à cânfora, utilizado em larga escala nos hospitais psiquiátricos na intenção de tratar quadros esquizoparanóides com aplicações endovenosas (EV) e assim conduzindo ao estado de choque bem semelhante ao eletrochoque. O primeiro paciente tratado por Von Meduna era Zoltán L., o paciente havia recebido uma dose EV de cânfora em óleo pela manhã no dia 23 de janeiro de 1934 como era descrito em seu relato:

Este paciente vinha apresentando estupor catatônico há cerca de quatro anos. Ele não se movia, não comia, não cuidava de suas necessidades corporais e tinha de ser alimentado por sonda. Recebeu cinco injeções de cânfora e, dois dias após a quinta injeção, na manhã de 10 de fevereiro, pela primeira vez em quatro anos saiu de seu leito, começou a falar, pediu o café da manhã e estava interessado em tudo o que o rodeava. (BARAN *et al.*, 2008)

Segundo Oliveira (2011, p. 38), o Sanatório Meduna continha 8 pavilhões ligados por aleias cobertas que se encontravam em dois pátios centrais com bastante arborização. Havia bancos e mesas espalhados por todo longo pátio, gerando um intenso sentimento de acolhimento, uma estátua banhada a cobre de Dom Quixote, a qual foi encomendada e estacionada na entrada do local e recepcionava centenas de visitantes. Além disso, uma capela foi anexada ao local com inspirações de uma vila espanhola e, segundo as palavras de Clidenor, protetora da loucura dos sãos. Sua residência também foi transferida para o prédio, onde poderia estar perto de sua paixão.

Segundo Guimarães (1994), outro marco histórico e revolucionário na psiquiatria piauiense foram os incansáveis estudos de Clidenor para busca do primeiro aparelho de eletrochoque do Estado, uma tarefa árdua para uma época cuja comunicação e o transporte entre estados eram bem restritos e caros. Durante o ano de 1947, após adquirir um livro em inglês com o título *The 1940 year book of neurology psychiatry and endocrinology* (o livro do ano de 1940 da neuropsiquiatria e endocrinologia) no qual havia descrito o aparelho de eletrochoque idealizado pelo médico Hugo Cerletti, tratava-se de uma substituição dos

choques realizados por drogas por ondas de corrente elétrica monofásica. Os constantes acidentes eram um dos grandes problemas do uso de cardiazol como tratamento, a oportunidade criada por Cerletiti com a indução do choque rápido, barato e com menores riscos de acidentes veio como uma grande ajuda aos médicos.

Além da fundação do sanatório Meduna e formulação do primeiro aparelho de eletroconvulsoterapia no Brasil, Clidenor criou o ambulatório de Saúde Mental do Serviço Nacional de Doenças Mentais, posteriormente se transformando na Divisão Nacional de Doenças Mentais. Envolveu-se em problemas administrativos com colegas de profissão e acabou se desligando do Estado, candidatando-se a prefeito de Teresina, porém não ganhou a disputa no ano de 1954. Após 4 anos, declarou o fim da sua carreira na saúde mental no Piauí, voltando a dedicar-se à carreira política, elegeu-se deputado federal pelo Partido Trabalhista Brasileiro (PTB) e faleceu no dia 2 de abril de 2000 aos 87 anos (GUIMARÃES, 1994).

Em seguida, com a saída de Clidenor para o cargo federal, seu irmão, Wilson Freitas Santos, assumiu a direção do Meduna e do Hospital Areolino de Abreu, onde permaneceu até o ano de 1959. Wilson, também psiquiatra graduado pela Faculdade Fluminense, elevou-se ao cargo de médico do Ministério da Saúde em 1962 e chefiou o ambulatório de saúde mental; nesse comando, tinha uma abordagem diferente, onde fazia um brilhante levantamento dos dados estatísticos da atividade psiquiátrica no estado, começando pelo ano de 1949. Fundou o Hospital-Dia em 1968 como um anexo ao hospital cujas internações eram integrais, e dois anos depois abriu seu próprio consultório credenciado pelo INPS, Patronal, Banco do Brasil e Caixa Econômica Federal. Aposentou-se do cargo de servidor público por volta de 1984 e pretendia focar no cuidado ao seu consultório e o Meduna (HUMBERTO, 1994).

Segundo Guimarães (1994), Wilson mantinha seus relatórios sempre atualizados e detalhados sobre o estado dos ambulatórios onde trabalhava, mesmo hábito de seu irmão. No relatório escrito no ano de 1961 sobre o ambulatório de higiene mental, descrevia o péssimo estado do local. Localizado em anexo ao Hospital Areolino de Abreu, contava com uma equipe bem pequena composta por um médico (sendo o próprio Wilson), um escriturário e dois auxiliares de enfermagem. Não havia um estoque adequado para suportar a demanda, em novembro completava seis meses sem medicamentos e não tinha previsão de reposição por falta de verba. Chegou a ter relatos de doações do ambulatório de saúde, fornecendo dois caixotes para uso interno. Dois anos depois, migrou para novas instalações com ameaça de desabamento, manteve um novo quadro de horários e funcionava de segunda a sábado, passando a ser denominado Ambulatório de Saúde Mental Dr. Clidenor de Freitas Santos, em homenagem ao irmão.

Em 1964, o médico Carlos Maia assumiu a direção fornecendo a cota necessária dos medicamentos, pois a própria instituição não conseguia suprir essa demanda. A sala de tratamentos especializados era utilizada tanto pelo ambulatório quanto pelo hospital, sem filtro e havendo escassez de materiais básicos usados pelos profissionais nos atendimentos. Por fim, assumiu a direção do HAA até sua passagem para outro médico de renome, Anfrísio Neto Lobão Castelo Branco; seu primeiro feito foi a substituição do nome Hospital Colônia de Psicopatas Areolino de Abreu para o atual Hospital Areolino de Abreu (HAA).

Médico formado pela escola da Bahia, assumiu o cargo público no ano de 1970, trouxe novas ideias para reformas da instituição com sede por mudanças, com seu espírito jovem. Contudo, Castelo Branco tinha um interesse em aperfeiçoar sua carreira científica, era professor universitário nas disciplinas de Psicologia Médica e Psiquiatria da Universidade Federal do Piauí, bem como realizou um concurso público com intuito de conseguir grau de especialista em psiquiatria pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Sua aprovação veio no ano de 1973, como não poderia continuar no cargo, indicou seu colega de faculdade, José Bezerra Batista (GUIMARÃES, 1994).

Segundo Humberto (1994), a transição dos anos 70 para a década de 80 foi marcada por uma coordenação em completa inatividade, não havia o desejo por mudanças ou reformas que buscassem uma diferença no lugar. O descontentamento vinha tanto por parte dos funcionários quanto dos próprios pacientes, a ditadura era o modelo de governo na época e todas as críticas não eram muito bem ouvidas; por fim, continuavam o modelo de administração sem realizar grandes mudanças. Assim, com o declínio da ditadura e a ascensão da democracia, as consequências de todos os anos de estagnação administrativa perduraram. Ninguém, exceto o próprio Bezerra, tinha interesse em dirigir o Hospital, mas essa realidade mudou quando Alexandre Barbosa Nogueira integrou o corpo clínico em setembro de 1975. Suas ideias fora do convencional chamavam atenção de políticos interessados em mudar o rumo do HAA, seus companheiros de trabalho já não tinham dúvidas que a próxima indicação para a direção seria Nogueira.

Por fim, no ano de 1980, Alexandre assumiu a direção do Hospital Areolino de Abreu, mas Bezerra não se contentou com a tal mudança e continuava perambulando pelos corredores da Fundação de Saúde no intuito de ainda conseguir um cargo administrativo em saúde. Em consonância, tanto o Sanatório Meduna quanto o Hospital Areolino de Abreu eram referências no Estado quando o assunto era assistência à saúde mental, possuíam uma passagem frequente de direções, em que acabavam mantendo o trabalho do antigo diretor e seguiam buscando uma assistência digna a cada paciente, além do envolvimento político de

cada um deles, na qual a situação política do Estado implicava diretamente na situação do hospital (GUIMARÃES, 1994).

O principal passo para uma mudança na forma como víamos a saúde mental no Brasil começou pelas primeiras manifestações da formalização do Sistema Único de Saúde (SUS). No ano de 1986, foi realizada a VII Conferência Nacional de Saúde na qual, democraticamente, ressaltou algumas soluções para problemáticas sanitárias em território nacional. Dentre as sugestões pautadas, citam-se: “[...] a instituição de um código sanitário, a vigorar em todo território nacional e a regionalização da organização estadual de saúde” (BRASIL, 1980).

Assim, formalizaram o SUS com a homologação da Lei 8.080, no dia 19 de setembro de 1990, em que nela há tudo sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e funcionamento dos serviços correspondentes aos municípios e governo federal. Anteriormente, os órgãos públicos seguiam uma noção federalista para o seu funcionamento, porém, após a conferência colocando em pauta a necessidade de desinstitucionalizar esse federalismo levaram a ideia adiante na construção da Constituição Federal proposta em 1988, destacando-se os seguintes artigos:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade.

A saúde começou a tomar frente e uma maior importância nas pautas de discussão legislativa; todos falavam sobre o SUS cheios de esperança em uma mudança significativa na forma de fazer saúde. A assistência à saúde passou por uma drástica mudança a nível nacional. Os estados deveriam seguir uma rede de cuidado de forma universal a todos os níveis da assistência:

Art. 7º- As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II – Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos,

individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. (BRASIL, 1990)

Além de uma nova faceta da assistência pública de saúde, a atenção ao paciente tomaria uma forma unificada e padronizada, pois todos deveriam ter seu atendimento baseado na equidade. Como exemplo, a história do maior hospital de referência no tratamento do paciente com transtornos mentais, Hospital Areolino de Abreu, teve em maior parte do século 20 a segregação do atendimento. Dividido em dois pavilhões: pensionistas e indigentes; alguns recebiam água filtrada, roupas, comidas cheias de sabor e um leito fofo para dormir, enquanto a falta de renda dos pacientes, ditos como indigentes, os colocava em um local sem acesso à água potável, roupas dignas ou comida bem feita para seguir o seu tratamento. A diferença de renda era o divisor de águas para ter um atendimento adequado, o que não fazia sentido, vindo o SUS para revolucionar esse atendimento (GUIMARÃES, 1994).

Assim, houve um grande salto para a saúde no Brasil, mas a saúde mental só teve seu maior reconhecimento no ano de 2001, com a instituição da Lei nº 10.216, a qual discorre sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Logo, o paciente portador de transtornos mentais está resguardado quanto aos seu direito de não sofrer discriminação de qualquer natureza, além de propor artigos sobre o desenvolvimento de políticas públicas voltadas ao meio, internações, reabilitações, educação em saúde mental. Surgindo, portanto, os Centros de Atenção Psicossociais com um novo modelo assistencial (BRASIL, 2001).

Por fim, outro grande passo para a saúde mental se deu pela Portaria nº 3.088, que define uma rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no Sistema Único de Saúde:

Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial: I – respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas; II – promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde; IV – garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; V – atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; VI – diversificação das estratégias de cuidado; (BRASIL, 2011)

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. Segundo Lando (2020), esse tipo de estudo tem como intuito explorar um acontecimento pouco explorado, buscando relacionar questionamentos sobre o tema estudado para que outras pesquisas as testem e possam validar. Tal estudo visa também descrever o estudo de um modo mais aprofundado e detalhado o tema estudado. Como está sendo tratado no decorrer do trabalho em questão, é visado também o caráter qualitativo, no qual usa-se de entrevistas ou métodos observacionais, tendo em vista o desenvolvimento de quadros descritivos sobre os detalhes do tema que está sendo estudado. Sendo assim, uma situação onde o pesquisador vai ter uma proximidade com o meio do objeto de estudo fornecendo informações instrutivas para o desenvolvimento de hipóteses da pesquisa. A conduta qualitativa desse tipo de temática focaria na subjetividade vivida pelos participantes em um determinado tempo, local e cultura.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no Estado do Piauí, localizado na região Nordeste do Brasil. Esse Estado possui aproximadamente 3,28 milhões de habitantes, com uma densidade demográfica de 12,40 habitantes por km² e uma vasta gama de riquezas turísticas. Teresina se tornou capital em meados de 1850, mantendo-se até os dias atuais (IBGE, 2021).

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo profissionais da saúde e gestores que vivenciaram a história da psiquiatria piauiense. No que se refere aos critérios de exclusão da pesquisa foram: Profissionais da saúde que atuaram na assistência psiquiátrica piauiense antes dos anos de 1940.

A seleção da amostra para este estudo foi não-probabilística do tipo intencional. O recrutamento das participantes ocorreu utilizando a técnica de bola de neve. Inicialmente, foi contatada uma Enfermeira Psiquiátrica (informante-chave/semente) que presta assistência no Hospital Areolino de Abreu, a fim de localizar profissionais de saúde que atendam aos

critérios de inclusão. Em seguida, foi solicitado para que a Enfermeira indique novos contatos com as características desejadas, a partir de sua própria rede pessoal, e assim sucessivamente e, dessa forma, o quadro de amostragem cresceu a cada entrevista (BOCKORNI *et al.*, 2021).

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu somente após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Centro Universitário UNINOVAFAPI pelo CAAE nº 62041922.6.0000.5210. Inicialmente os participantes foram contatados via telefônica ou eletrônica (e-mail) para o convite da participação na pesquisa concomitante aos esclarecimentos dos objetivos e metodologia proposta. Aos que aceitarem após anuência ao TCLE, a entrevista foi agendada, conforme disponibilidade do participante.

Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semiestruturada com tempo de duração médio de 40 minutos por telefone, realizada pelas próprias pesquisadoras. Na ligação, os pesquisadores apresentaram o estudo e perguntaram aos profissionais de saúde se poderiam iniciar o processo de consentimento. Em caso de resposta afirmativa, pediu-se a autorização para gravar a conversa. As gravações foram realizadas por meio de um aplicativo gratuito para celular. Todos os elementos do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) foram lidos e, caso o participante aceite participar do estudo, o TCLE foi enviado, através de um formulário (plataforma do Google Formulários), por e-mail ou WhatsApp, de acordo com a preferência do destinatário. Nesse sentido, o participante que aceitou, correspondeu à assinatura do TCLE que foi registrado e salvo, concluindo o aceite do participante. Ademais, a entrevista teve duas partes, sendo a primeira parte constituída por questões relacionadas às características sociodemográficas dos participantes e a segunda por questões norteadoras visando obter dados sobre a história da psiquiatria piauiense.

3.5 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados serão analisados sob a ótica qualitativa, através da descrição das entrevistas, identificação de padrões e organização das respostas em categorias temáticas. Deste modo, os dados foram analisados segundo análise temática de Minayo.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O projeto de pesquisa atendeu a Resolução 466/2012, sendo que os dados só foram coletados após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário UNINOVAFAPI (BRASIL, 2012).

Ressalta-se que a entrevista foi previamente agendada, conforme a disponibilidade do participante. Desta forma, foi respeitada a disponibilidade de tempo do participante e o mesmo ficou a vontade para participar ou não. A identificação do participante não foi revelada, as informações coletadas somente foram utilizadas uma única vez e exclusivamente com finalidade científica.

3.7 RISCOS

A presente proposta de pesquisa ofereceu riscos mínimos, tais como constrangimento na abordagem, insegurança quanto ao sigilo das informações pessoais coletadas e/ou receio da crítica por parte dos pesquisadores. Para garantir a confidencialidade e a privacidade dos indivíduos, os entrevistados foram denominados pela letra P, seguido de número sequencial de 1 a 11.

Para minimizar os riscos, atentou-se para a correta e apropriada abordagem, priorizando o bem estar do participante e zelando pelo sigilo das informações. As informações coletadas somente foram utilizadas uma única vez e exclusivamente com finalidade científica.

3.8 BENEFÍCIOS

Os benefícios poderão ser diretos ou indiretos. A pesquisa possui benefícios indiretos, onde o resultado não irá gerar impacto direto na vida dos participantes. No entanto, a pesquisa poderá contribuir com a comunidade científica e a implantação de novas políticas públicas, uma vez que abordará os desafios e avanços da psiquiatria piauiense.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das entrevistas semiestruturadas foi possível caracterizar os participantes, conforme descrito na tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização dos participantes do estudo. Teresina, Estado do Piauí, Brasil, 2022.

Participantes	Sexo	Idade	Formação
P1	F	56	Assistente social
P2	F	55	Enfermeira
P3	F	62	Enfermeira
P4	F	27	Enfermeira
P5	F	37	Téc. De Enfermagem
P6	F	62	Téc. De Enfermagem
P7	F	35	Médica
P8	F	59	Assistente social
P9	F	55	Assistente social
P10	F	55	Enfermeira
P11	F	43	Psicóloga

Fonte: Elaborado pelos autores

Todos os participantes são do sexo feminino, com idade entre 27 e 62 anos, sendo três assistentes sociais, quatro enfermeiras, duas técnicas de enfermagem, uma médica e uma psicóloga. A fim de preservar o sigilo de cada entrevistado, eles foram denominados pela letra P, seguido de número sequencial de 1 a 11. O material procedente dos discursos dos profissionais de saúde resultou em uma estruturação das categorias temáticas.

4.1 OS AVANÇOS DA PSIQUIATRIA PIAUIENSE

Os participantes evidenciaram que o principal avanço da psiquiatria piauiense foi a construção de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) implementado após o sancionamento da Lei 10.216, a partir da qual houve o desmonte do modelo manicomial existente nos hospitais psiquiátricos, conforme referem as falas dos participantes, ao serem questionados sobre os avanços da psiquiatria piauiense durante suas carreiras.

O Brasil evoluiu nesse sentido da criação de CAPS com a lei 10.216. Já o Piauí, a reforma psiquiátrica no Piauí se deu de forma tardiamente, nós demoramos muito para criar os CAPS (P1).

Um dos avanços foi, principalmente a partir de 2005, quando realmente nós temos um “BOOM” da reforma psiquiátrica. Quando a reforma começa no Piauí, nós não tivemos movimentos dos trabalhadores de saúde, como no Rio de Janeiro. O Piauí começa com uma postura em torno do governo federal,

onde fez avaliações com os hospitais psiquiátricos e começa a diminuir leitos nos hospitais na perspectiva de criação de CAPS, uma vez que o recurso economizado nos hospitais iria para o modelo comunitário, só que aqui no estado nós não tínhamos o interesse dos gestores na criação de CAPS. Porque o CAPS iria descentralizar a assistência da capital para os municípios do interior, com menos de 10 mil habitantes. Então a partir de 2005, nós tivemos uma política de saúde mental, nessa época era uma assistente psiquiátrica da mídia que era a coordenadora de saúde mental. A Edna Castelo Branco passa a implementar uma política de saúde mental estadual construída com a participação da população da sociedade civil, passou a conversar com secretários de municípios, com prefeitos, mostrando que ali tinha incentivo para a criação de CAPS da primavera e os prefeitos passam a criar CAPS nos municípios de 20 mil habitantes. Na capital havia muita resistência do gestor em criar CAPS. O ministério público começa a exigir uma melhora de conduta para obrigar os gestores municipais a criar CAPS, criam dois CAPS. Depois em 2010, há um fechamento do Meduna e houve toda uma discussão de como seria, a parte mais conservadora da psiquiatria dizia que haveria muitas pessoas com transtornos mentais na rua de Teresina. Foi criada uma comissão pela Secretária de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI) onde começam a fechar um diagnóstico da realidade das pessoas que estavam no Hospital Areolino de Abreu e Sanatório Meduna, assim viram que o Meduna tinha de ser fechado. Criam uma rede de atenção para não gerar desassistência com o fechamento do Meduna, uma iniciativa dos próprios dirigentes, onde diziam que não tinham condições de bancar a instituição e dar continuidade a ela. Então o Meduna foi fechado em maio de 2010 e isso não gerou desassistência, pelo contrário, foi feita de maneira responsável e coordenada (P8).

Percebe-se que a gestão de Edna Castelo Branco promoveu uma mudança significativa na saúde mental do Estado do Piauí, na sua gestão o Piauí ocupou a nona posição no ranking federal de cobertura do CAPS por 100 mil habitantes para um estado que se encontrava na vigésima sexta posição. Segundo a Sesapi (2007), esses dados foram publicados no “Relatório de Gestão 2003-2006: Saúde mental no SUS – acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção”.

No período de 2006-2009, foi onde eu vi a saúde mental avançar no Piauí. Foi no período em que foram instalados CAPS, residências terapêuticas aqui em Teresina, e também em união. Nós tivemos, avanço, pacto, ação com os hospitais gerais no sul do estado, também em cidades do norte. Nós tivemos vários encontros, não tenho assim certeza, mas eu acho que no mínimo 5 encontros com coordenadores de saúde mental e os trabalhadores de CAPS do Piauí, nos CAPS que foram implantados. Tudo isso veio fomentar essa discussão na saúde mental e dá esse olhar diferenciado. Também aconteceu nesse período o fechamento do Meduna (P9).

Durante minha carreira profissional, o avanço mais significativo que eu observei foi durante o auge da reforma psiquiátrica e esse reflexo se expandiu mais intensivamente ao longo de alguns anos pós-reforma. Os municípios começaram a avançar, implantando o CAPS, implantando residências terapêuticas, dispositivos mais humanizados e justamente avançando segundo as orientações da reforma psiquiátrica. Então, nesse

período, os manicômios foram reduzindo sua capacidade de internação por uma política do Ministério da saúde, impulsionando a implantação de Centro de Atenção psicossocial (CAPS) nas diversas partes do país porque esse recurso destinado do fechamento dos leitos foi destinado à implantação de CAPS. Então, houve um período em que o avanço no número de CAPS foi grande, as ações desenvolvidas eram visíveis, notórias e bem, digamos assim, fortaleciam mesmo o processo de trabalho. A gente percebia as equipes encantadas com o novo modelo, investindo muito na sua organização de trabalho no modo de abordar o paciente ou cliente, como queira chamar ou usuário. Enfim, foi um momento onde para nós foi um auge na saúde mental, na psiquiatria Brasileira que deixou você até de usar esse termo psiquiatria para usar a expressão saúde mental, ressaltando mesmo a promoção da saúde mental, a prevenção do transtorno mental, e tentando diminuir também o estigma gerado por essas longas décadas, anos de estigmatização da pessoa com transtorno mental (P10).

[...] a gente teve o processo de fechamento do Meduna, um hospital psiquiátrico de 200 leitos começou um processo de expansão da rede de atenção psicossocial, em um processo de regionalização da rede para o interior do estado. Assim inicia realmente o processo de instituir uma rede extra hospitalar com uma abertura de CAPS e com a expansão das residências terapêuticas. Assim como também um processo de expansão na abertura propriamente dito de leitos em saúde mental no hospital geral. Então, isso foi um processo muito importante para a rede (P11).

A reforma do modelo assistencial gerou um enorme impacto aos pacientes e profissionais em contato com o antigo modelo manicomial, agora os atendimentos não se concentravam nos hospitais, onde geravam uma grande superlotação, fato pontuado por alguns dos entrevistados. Os centros de atenção psicossocial (CAPS) possuem um caráter aberto e comunitário no intuito de atender a população da região, sendo uma referência no atendimento ambulatorial. A importância desses centros foi enorme, visto que a população tinha uma oferta de serviço de saúde mental com qualidade e uma melhor acessibilidade do seu tratamento. Segundo Ferreira *et al* (2016), essa nova forma de cuidado, na qual os pacientes com transtornos mentais pudessem ser acolhidos sem o desmembramento da sociedade, sem serem asilados em uma instituição, possibilitou estarem ao lado de sua família visando uma reabilitação e reinserção a sua vida social; logo, proporcionando um tratamento mais humanizado.

Eu acho que está mais relacionado ao tipo de atendimento prestado com o avanço dos CAPS, porque antes eram mais atendimentos restritos a internação integral e manicômios e com o avanço dos CAPS e a desinstitucionalização dos pacientes melhorou muito. Humanizou o tratamento psiquiátrico (P7).

Outrossim, seguindo a linha de pensamento sobre a reforma psiquiátrica proposta pela Lei 10.216, a humanização da assistência foi bastante pontuada pelos participantes, os quais abordaram uma boa mudança na forma de cuidar dos pacientes.

Nos últimos 20 anos, os avanços, eu acho que teve correlação bem a parte de humanização, acolhimento no tratamento dos pacientes com transtornos mentais, porque antes eles eram tratados de uma forma mais rústica. Hoje temos alguns avanços com relação a esses tratamentos dos profissionais, das terapias utilizadas com eles. Antes era bem mais medicamentoso e a questão de punições, o isolamento hoje em dia está bem menos. Não vou dizer que não exista, mas melhorou bastante. Até as medicações mesmo, antes eram poucas e hoje já existe uma grande variedade com menos danos para eles (P2).

Com o avanço dos CAPS e a desinstitucionalização dos pacientes acho que melhorou muito e humanizou o tratamento psiquiátrico (P7).

Aí se fechou o Sanatório Meduna e a lei 10.216 veio pra estar priorizando esse tratamento, que seria o tratamento de tratar no CAPS para trazer a inclusão social, a ressocialização e o acompanhamento familiar (P9).

Quando você fala em avanços, eu lembro da lei da reforma psiquiátrica que impulsionou uma série de medidas de humanização da assistência em saúde mental e isso fez com que também os hospitais que adotavam o “antigo jeito de cuidar em saúde mental” e que ainda tem essa postura do modo de isolamento, o confinamento na instituição, do rompimento com a vida social, da separação com a família. Então o hospital ele produz isso, inevitavelmente, mas ao mesmo tempo o hospital pode sim, apesar de tudo isso, ser um espaço de tratamento humanizado, melhorando a sua assistência, condutas, oferecendo um serviço mais acolhedor, de uma atenção ao paciente mais especial voltado para as necessidades específicas dessa pessoa (P10).

Segundo Cruz *et al* (2021), os pacientes dessa rede de apoio tiveram seus direitos garantidos de uma forma adequada depois de anos que o antigo modelo assistencial manicomial foi revogado. A lei veio para quebrar paradigmas do estilo de tratamento hospitalocêntrico, o qual visava retirar esses pacientes da sociedade. Sustentando-se na ideia contratualista de que essa parte da sociedade estava alienada de “si” e por isso deveria ser isolada do meio para cuidar da sua razão. Já essa nova forma de tratamento buscava um acolhimento familiar junto aos profissionais de assistência, criando um laço de afeto e conforto. Também dito por um dos entrevistados que afirma sobre a criação de associações com o objetivo de preservarem esses direitos:

Outro avanço foi à criação da Associação do Usuário e Familiares à Saúde Mental- ÂNCORA que luta em prol dos direitos da pessoa com transtorno mental em 2001, trabalha uma assistência antimanicomial gerando questionamento acerca desse assunto da saúde mental (P8).

Outro grande avanço pontuado por um dos participantes foi a liberação de medicações de alto custo pela farmácia popular: um programa do Governo Federal com o objetivo de disponibilizar medicamentos utilizados pela atenção primária:

Assim como a liberação de medicamentos de alto custo pela farmácia popular, mas eu acho que o atendimento ao nível de CAPS mudou bastante. Acho que foi o principal marco para mim, que eu considero (P7).

Não há dúvidas de que o programa de farmácia veio para agregar à Atenção Primária, pois não só o atendimento é a base do cuidado, já que a parte medicamentosa também tem seu papel fundamento para montagem de uma linha terapêutica eficaz. Segundo Lima *et al* (2021), ao realizar uma pesquisa acerca dos valores de medicações de alto custo para pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, há um grande impacto na vida desses pacientes durante sua ressocialização, pois os antipsicóticos geram a possibilidade de os pacientes conviverem em sociedade, tendo em vista que essas medicações diminuem os sintomas negativos de isolamento, atuando em quadros de alucinações e delírios. Assim, o fornecimento desses remédios permite uma melhor qualidade de vida, evitando internações em hospitais psiquiátricos.

Dessa forma, outro avanço pontuado pelos participantes é o auxílio de desafogamento do atendimento após a construção de CAPS e redirecionamento do atendimento. Assim, não centralizando o atendimento psiquiátrico nos hospitais com casos de consultas, retornos e integrando a rede para um melhor atendimento, como dito pelos participantes:

No Areolino nós tivemos muitas melhorias em relação à quantidade de pessoas, em questão do atendimento, aqui sempre teve uma equipe multidisciplinar. Nós sempre funcionamos 24 horas, tendo atendimento do Piauí todo, do Maranhão e de quem vier pois é porta aberta. A assistência melhorou bastante, diminuiu a quantidade de pacientes. Agora em questão da estrutura física, infelizmente a gente tem uma estrutura asilar e ainda temos dificuldade, pois os pacientes sempre são colocados isolados da equipe. E em questão do atendimento melhorou muito, mas lógico que temos dificuldades, porque a assistência em relação a questão dos CAPS e de outros hospitais não tem sido muito eficiente. Então aqui nas 24h o atendimento é toda hora. No hospital, temos a triagem e segue pro atendimento, mas melhorou, avançou bastante (P2).

Os CAPS ajudam bastante porque assim o hospital não fica congestionado com pacientes. Como no hospital é uma urgência a gente e a doutora encaminha para o CAPS. Lá eles têm um programa de entregar medicação, de fazer acompanhamento psiquiátrico, psicológico e nós ficamos mais com paciente internado dentro do pavilhão (P5).

A assistência melhorou, pois agora tem mais profissionais de saúde. Tem mais enfermeiros, técnicos, médicos e dá para os pacientes terem mais assistência (P6).

Por fim, um dos participantes pontuou, após ser questionado sobre os avanços, que o seu principal avanço está correlacionado à ampliação de mudanças acerca da sua visão com a vivência do dia a dia na assistência psiquiátrica. Como dito:

Meu avanço foi ampliar minha visão, conhecer de forma mais próxima como é de fato a assistência ao paciente portador de transtorno mental, quando você passa a ter uma vivência você aprende bastante né, como é que você realiza de fato a assistência dentro da realidade, de forma mais humana possível (P2).

De fato, compreender as dificuldades dessa assistência, mas estar atento e consciente em buscar uma melhor assistência humanizada ao paciente auxilia em um atendimento de melhor qualidade. Conforme Custódio *et al* (2018), deve-se valorizar os pacientes e o meio que o envolve com ética evidenciando um cuidado humanístico, é de suma importância que esses profissionais saibam a importância dessa assistência humanizada para dar um tratamento e recuperação adequada a todos.

4.2 OS DESAFIOS DA PSIQUIATRIA PIAUIENSE

Os participantes evidenciam que os desafios da psiquiatria piauiense são, principalmente, o preconceito da sociedade acerca dos pacientes e profissionais de saúde dos hospitais psiquiátricos, conforme relatam os participantes ao serem questionados sobre os desafios da psiquiatria piauiense durante suas carreiras.

Questão do estigma, “paciente com transtorno mental é aquele paciente agressivo”, não que não existam os casos, mas as pessoas têm um medo. Então procuramos trabalhar isso nas pessoas que vão pela primeira vez num hospital psiquiátrico, sou professora e faço muito acompanhamento de alunos de nível técnico que vão atuar no atendimento direto com esses pacientes. Eles vão com bastante medo, para mim o maior desafio é que eles percam esse medo do paciente psiquiátrico porque naquele quadro de agitação, de agressividade, mas não porque ele queira ser, mas são sintomas da própria doença que o deixa assim. O modo como você o olha e trata faz toda diferença (P2).

Próprio preconceito que as pessoas têm com a gente, o preconceito contra o hospital. Quando teve os modelos alternativos, os CAPS, sempre diziam que o hospital ia fechar, o hospital Meduna fechou, mas aqui como é do estado não fechou. Esse desafio sempre enfrentamos, porque a discriminação ainda

continua com a gente, as próprias instituições. Por exemplo, a universidade quando vamos fazer um curso, eu fui fazer uma especialização sempre ouvia “como é que você vai atuar se você tá num hospital que vai fechar?”. Eu digo sim mas não fechou (P3).

Conforme afirmam Barretto *et al.* (2019), há necessidade de uma nova ótica para algumas práticas que acontecem dentro dos campos da saúde mental, deve-se buscar a orientação e informação não apenas dos profissionais, mas a sociedade precisa estar atenta, com o objetivo de diminuir a intolerância aos diversos acontecimentos. Conhecimento é a chave para o combate à intolerância. Ainda temos uma longa estrada para o combate ao preconceito e evitar episódios como descritos pelos participantes abaixo:

No dia a dia as vezes a família do paciente não aceita o diagnóstico. Hoje aconteceu de a paciente não estar bem, a doutora não queria dar alta e conversou com a família. A mãe negou e disse que estava tudo bem, a paciente recebeu alta e quando foi embora teve uma crise dentro do Uber. Surtou e teve que voltar para a internação (P5).

Hoje a ideia da população é que lugar de doido é no hospício ou CAPS, nós queremos é mudar essa mentalidade e cultura. O lugar dessa pessoa é na cidade, ela possui direitos como qualquer outra pessoa. Um dos nossos grandes desafios é que as pessoas aprendam a conviver com pessoas com transtorno mental, pois ela está na comunidade e durante crises tem seu jeito peculiar de ser. Podendo ocupar outros lugares que não sejam específicos para a saúde mental. Também buscamos que esse paciente com transtorno mental seja olhado em sua totalidade, não só pelos sintomas psiquiátricos. Por exemplo, a mulher precisa de atendimento ginecológico que acabam ficando negligenciados porque as pessoas acham que tudo tem que ser no CAPS, lá não tem esse atendimento mais clínico (P8).

É o preconceito que as pessoas têm com os usuários de saúde mental. Em um processo de reinserção a rede desses usuários na comunidade é, talvez, o grande desafio para a saúde mental. Não é um desafio tecnológico e nem de expansão de serviço, mas de dar visibilidade, humanidade e resgate aos direitos humanos das pessoas com transtorno mental (P11).

Segundo Amarante *et al.* (2011), a sociedade precisa considerar as condições fisiológicas da patologia, compreender a existência de outro ser humano e buscar abandonar o conceito exclusivamente de cura com o objetivo de adotar a ideia de cuidado, pois os pacientes conseguem observar esse preconceito enraizado e isso gera uma reação negativa, o que acaba dificultando o processo terapêutico. Como colocado pelo entrevistado P5, que relatou a dificuldade de permanência dos pacientes por questões familiares, os quais negam o estado de saúde, ou diagnóstico. Como foi o caso de uma paciente, descrito na entrevista, que a mãe negou o diagnóstico, quebrou a linha de tratamento e durante o percurso para sua residência a paciente entrou em estado de crise e teve de retornar à internação.

Após a pandemia, ou durante, tivemos o acréscimo nas pesquisas de ansiedade e outros transtornos em que hoje se trouxe um olhar diferenciado. O preconceito não é tão grande como há 20-30 anos atrás, pois já vemos consultórios onde as pessoas dizem que vão ao psicólogo como algo natural e nós sempre devemos estar tratando, independente. Então isso veio dar um diferencial, tanto que hoje ser psiquiatra, ou psicólogo, está sendo bem-visto pois é uma necessidade. Os consultórios estão lotados, eu vejo como um avanço toda essa aceitação, mas ainda existe muito preconceito (P9).

Segundo Silva *et al.* (2020), o sentimento de medo é natural ao estar diante a um desastre biológico cheio de incertezas de como seria o futuro. Onde poderia se tornar barreiras imaginárias para intervenções de saúde mental. Porém, a sociedade compreendeu a importância de estar sã em momentos de crises, nós tivemos um aumento da procura de serviços de saúde mental para o enfrentamento dos efeitos da pandemia do coronavírus. Outro desafio pontuado pelos participantes é a dificuldade dos pacientes com baixa renda de adquirirem um medicamento por falta de questões financeiras. O entrevistado P7 relata a demora de meses ou anos na consulta, quebrando a linha de tratamento e buscando o serviço de saúde só em momentos de crises. Em um estudo realizado a fim de mapear a porcentagem de evasão em um CAPS de Campinas no estado de São Paulo, chegaram à conclusão de que boa parte desses pacientes levam alta administrativa, dificultando o rastreamento dessas evasões (BANDEIRA *et al.*, 2020).

O tratamento dos pacientes estão restritos a parte medicamentosa e a parte financeira. Porque, às vezes, a gente tenta primeiro as medicações disponíveis na rede e nem sempre o paciente responde tão bem, acaba que precisamos dá ao paciente que não tem acesso por conta das dificuldades financeiras. Também devido ao sistema, porque é atendimento pelo SUS e vai passar pelo sistema de marcação on-line, de consultas e querendo ou não, demora. Digo isso porque eu atendo no ambulatório no SUS, os pacientes reclamam muito, pois é pra eles retornarem a cada 2 meses e não conseguem. Tem paciente que volta com 1 e 8 meses e isso acaba atrapalhando totalmente o tratamento (P7).

Outrossim, outro desafio a ser enfrentado pontuado pelos profissionais no cotidiano assistencial diz respeito à dificuldade interpessoal da equipe, pois trabalhar com pontos de visões diferentes pode ser bem desafiador, como relata a participante P4.

Os principais desafios estão muito ligados, não digo nem desafio, às vezes o desafio se torna o aprendizado, você trabalha em conjunto com todos. Quando você vai vendo esses desafios se tornar um fator positivo para a assistência e vai conseguindo desenvolver (P4).

Segundo Silva *et al.* (2016), podemos concluir que a não união da equipe pode levar a uma má qualidade assistencial e queda de desempenho na função. Assim, outro grande fator que leva a uma queda de desempenho é a carga horária excessiva dos profissionais de saúde, aliado ao salário não compatível com o desempenho de função, o que ocasiona insatisfação de muitos profissionais. Logo, devido ao ambiente conturbado, tende a gerar um serviço ineficaz e atrapalhar todo o andamento da equipe multidisciplinar como relata um dos participantes ao ser questionado sobre os desafios da assistência psiquiátrica.

Um dos desafios é minha carga horária, eu trabalho 12 horas e folgo 48. Aliás agora eu tenho um extra eu trabalho 24 horas, mas a minha carga horária mesmo normal é só 12 horas com o extra da 24 (P6).

Destaca-se que não somente as famílias são uma dificuldade para a permanência no tratamento dos pacientes, uma vez que os gestores (municipais e estaduais) falham em promover assistências e políticas públicas para aqueles que necessitam desse tipo de cuidado. Necessita-se de um maior investimento, não só financeiro, para a manutenção desses serviços de saúde, pois há falta de políticas públicas que busquem uma real melhoria e avanços, não restrições. Assim, os CAPS promoveram uma revolução na forma de ver a saúde mental, mas os hospitais perderam visibilidade e não acompanharam essa mudança. Uma boa reforma estrutural no Hospital Areolino de Abreu com o intuito de se adequar ao novo modelo geraria um grande avanço ao estado e reavivamento do local, além de uma grande fiscalização dos gastos e uma melhor gestão dele. Como exemplo, o Sanatório Meduna teve suas portas fechadas no dia 23 de maio de 2010 por uma má gestão e crises financeiras.

[...] fiz parte de uma comissão entre vários segmentos que reunia representantes profissionais de saúde da gestão municipal instituída pelo nosso Secretário estadual de saúde. Fui convidado a participar da Entidade da Secretaria estadual de saúde. Foi um trabalho extremamente importante para o Piauí, para Teresina e Brasil, logicamente, porque o país todo estava nesse movimento e nesse momento foi um momento bastante intenso de orientações para gestores, para profissionais de saúde e para a sociedade em geral na construção de um modelo reformista em saúde mental. Segundo as diretrizes da Lei 10.216, de 2001, esse momento foi um momento muito rico, de construção, de aprendizado, de transformação, lógico que houve também tensionamentos, porque os profissionais saíram da sua zona de conforto e dava certo na concepção de cada um. Isso gerou um tensionamento e para alguns uma certa indignação, repudia, insatisfação, sensação de crítica pelo exercício profissional, mas no geral os profissionais avançaram, aderiram, pensaram, e se colocaram no lugar dos pacientes, dos familiares e tudo aquilo era em função de uma adequação na assistência, uma adequação para melhor, para a humanização da assistência, e isso foi

que fez com que nós pudéssemos ir avançando e rompendo com as Barreiras, as limitações (P10).

Assim, o participante P9 fez um recorte sobre o Piauí, descrevendo que se o Hospital Areolino de Abreu, até então sendo referência regional para o atendimento de urgência psiquiátrica, fechar, geraria um grande transtorno na rede de saúde mental.

Hoje, se o Areolino fechar, a saúde mental vai ficar muito mal mesmo. Porque é um hospital necessário, a saída do surto psiquiátrico precisa ainda desse suporte. Em número que não atende a demanda do estado, nem todo o município tem CAPS. Então para a nossa população esse número teria que ter avançado mais o número de CAPS, como também equipes de profissionais. Teremos que realmente ter suporte. Sabemos que falta insumo. Sabemos que as condições não são tão boas, então assim, se tivesse mesmo mais investimento, mais engajamento na saúde mental, se evitaria muita chegada de pessoas aqui no Areolino de Abreu, isso a nível de Teresina, como também a nível de estado Piauí. Não é fácil lidar com quem tem transtorno mental. É muito difícil, muito mesmo. Eu falo por experiência própria que eu tenho pessoas na minha família de transtorno mental, então não é fácil, então precisa de um suporte meio do Areolino de Abreu. Então, temos certeza que temos número reduzido de CAPS que não atende a demanda. Isso já entra na questão de recurso, não temos o suficiente, falta a medicação. Hoje atendi uma pessoa que foi ao CAPS, não tinha medicação. Então, como a pessoa vai ter um resultado positivo diante deste cenário? Não tem o porquê de estar faltando medicação, a família não vai ter condição de comprar. E aí, o que acontece? Quebra o tratamento e a pessoa termina vindo para internação psiquiátrica, é o que está acontecendo hoje. Não tem o atendimento como prega a lei. Adoro o SUS, ou melhor, admiro. É muito bonita a teoria, mas infelizmente a gestão não tem investimento, falta os gestores abraçarem a saúde mental e a saúde mental dificilmente vai ser abraçada, porque é um campo que ainda precisa muito investimento (P9).

Ademais, outro participante destaca a situação precária da rede de assistência à saúde mental no estado do Piauí, apontando que a atual gestão gerou uma desmobilização das políticas voltadas a essa especialidade.

Uma certa estagnação e até regressão das clínicas de saúde mental, no governo atual nós perdemos a coordenação de saúde mental. Nós não temos coordenação nacional, a saúde mental voltou novamente a estar inserida na saúde geral, então há uma certa desmobilização da saúde mental no governo atual. Pois ele não investiu, muito pelo contrário, desmobilizou totalmente a política de saúde mental. Não tem mais coordenação, ficou os municípios, os estados à mercê de si próprio. Logo, sem uma coordenação nacional que pudesse nortear novas ações e criação de novos CAPS com estímulos financeiros para que os municípios e os estados tivessem interesse em construir novos CAPS. Porque não se cria CAPS só com boa vontade, tem que haver um direcionamento financeiro e tem que haver um estímulo, precisa de profissionais qualificados. Então de certa forma, nos últimos 20 anos a gente tem tido um certo enfraquecimento, uma certa estagnação da saúde mental (P1).

Por tanto, a saúde mental no Brasil e Piauí passou por mudanças a fim de buscar melhorias na assistência, tivemos voz e buscamos por reforma e visibilidade onde a Lei 10.216 trouxe um reconhecimento dos direitos daquela pessoa com transtornos mentais. A humanização hoje em dia é realidade, nada de correntes ou choques, agora nós temos diálogo, reconhecimento do ser humano como um todo, mas estende-se a árdua batalha para quebra de estigmas ultrapassados. Não só para os pacientes, mas aos profissionais e familiares englobados em toda a rede de acolhimento. No campo político a batalha não será fácil, torna-se visível aos gestores e governadores não será um trabalho leve, mas essa luta não pode parar.

CONCLUSÃO

Conclui que a psiquiatria Piauiense tem avançado no que se refere ao desenvolvimento de uma atenção psiquiátrica humanizada, pautada nos princípios do SUS, respeitando a pessoa, com um processo de humanização dos cuidados, com integralidade da assistência biopsicossocial.

Sabe-se ainda, que por mais que a política de saúde mental tenha diretrizes estabelecidas em âmbito nacional, à forma como essa irá se estabelecer em cada estado e município vai depender de um conjunto multifatorial, sejam eles históricos, econômicos, políticos, sociais e culturais. Com isso, esse estudo permitiu uma reflexão sobre os avanços e desafios da saúde mental no estado do Piauí.

A realidade piauiense apresenta especificidades do cenário nacional, em relação à implementação da política de saúde mental, buscando-se a efetivação de uma rede aberta com base na comunidade. Sabe-se que para garantir a efetividade e eficácia da resolutividade da rede, é necessário prioritariamente uma reconstrução conceitual junto às equipes básicas de saúde sobre a temática. De forma a manter na comunidade os cuidados à pessoa acometida por transtorno psiquiátrico e a sua família, com um acolhimento seguro, e a manutenção do cuidado, de forma humanizada.

Tais modificações ainda estão sendo implantadas, permeadas por inúmeros desafios, que enfrentam, como o preconceito fortemente estabelecido na sociedade em relação ao portador de doenças mentais, e também aos trabalhadores, levando a resistência em relação à “loucura”, que somada a uma gestão ineficiente em capacitar os seus profissionais atuantes na área, acaba gerando uma precarização das relações trabalhistas, visto que são poucos os profissionais que ingressam nessa especialidade. As políticas de saúde mental enfrentam também um cenário de descontinuidade da gestão, uma vez que quando alterados os gestores, há um rompimento das ações e planejamentos já definidos anteriormente, além do financiamento precário dos serviços de saúde mental.

Percebe-se que a gestão dos estados e municípios precisam investir mais em educação continuada de seus profissionais, no intuito de assegurar treinamentos, capacitações, encaminhamentos e acolhimentos, uma vez que somente indicar as equipes básicas de saúde e os CAPS, como integrantes da rede de atenção à saúde mental, não indica necessariamente que estas estão preparadas para assumirem seu papel nas ações estabelecidas pelos programas

de saúde mental. A construção e ampliação de espaços físicos, com uma infraestrutura adequada, destinados ao atendimento em saúde mental também se caracteriza como um dos avanços na área, devendo ser considerada uma necessidade de saúde pública, a fim de mudar o quadro da fragmentação da assistência, e conduzir a uma assistência integral.

Em relação as limitações do estudo, reiteramos que as percepções desta pesquisa são compostas por uma pequena parcela de profissionais, não podendo se generalizar em todos os cenários, sendo necessário outros estudos mais abrangentes desta temática.

Espera-se então, que este estudo possibilite novas reflexões e discussões sobre o tema, bem como a importância de estabelecer uma assistência à saúde mental de forma qualificada, superando os desafios que a permeiam, e rompendo com o preconceito fortemente arraigado na sociedade no que concerne ao olhar para o paciente com agravos psicológicos. É necessário avançar no cuidado integral e humanizado voltado para os pacientes com transtornos mentais, a fim de se estabelecer uma inclusão desses indivíduos no meio social.

Além de demonstrar a necessidade de pesquisas que venham a abordar sobre os a importância da qualificação dos programas voltados para a atenção à saúde mental.

REFERÊNCIAS

- BANDEIRA, Noemi; TREICHEL, Carlos Alberto dos Santos; ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa. Estudo sobre abandono e não adesão ao tratamento em Centros de Atenção Psicossocial. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 44, n. 3, p. 95-106, out. 2020. FapUNIFESP (SciELO).
- BARAN, Brigitta *et al.* O advento do tratamento psiquiátrico moderno: a terapia convulsiva de lászlómeduna. **ArchivesOf Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 35, n. 4, p. 165-169, 2008. FapUNIFESP (SciELO).
- BARRETTO, Raquel Silva *et al.* Estigma e violência na percepção dos profissionais de saúde mental de uma unidade psiquiátrica em hospital geral. **Cadernos Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 27, n. 2, p. 124-130, jun. 2019. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201900020370>. Acesso em: 12 nov. 2022.
- BRASIL. Ministério da saúde. (org.). **PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011**. Brasília, 2011.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Conferência Nacional da Saúde 7**. Brasília, 1980.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Brasília, 2001.
- BRASIL. Ministério da saúde. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília, 1990.
- BRASÍLIA. Instituto do patrimônio histórico e artístico nacional (IPHAN). **História – Oeiras (PI)**. 2014. Disponível em: <http://portal.iphan.gov.br/pagina/detalhes/1452/#:~:text=A%20origem%20de%20Oeiras%20e%20st%C3%A1,Cabrob%C3%B3%2C%20da%20Diocese%20de%20Pernambuco>. Acesso em: 09 de abril de 2022.
- CORREIA, Ludmila Cerqueira. O movimento antimanicomial: movimento social de luta. **Prim Facie**, S.L, v. 5, n. 8, p. 8-9, out. 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/primafacie/article/view/7186>. Acesso em: 27 de outubro de 2022.
- CRUZ, Estela Máris Amorim *et al.* Assistência Humanizada a Pessoa com Transtornos Mentais / Humanized Assistance for Person with Mental Disorders. **Id OnLine**. Revista de Psicologia, [S.L.], v. 15, n. 57, p. 1013-1026, 29 out. 2021. Lepidus Tecnologia. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14295/online.v15i57.3286>. Acesso em: 08 de novembro de 2022.
- CÚSTÓDIO, Marcus André Gonzaga *et al.* ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ACOLHIMENTO EM EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA: desafios da humanização. **Interdisciplinar do Pensamento Científico**, [S.I.], v. 4, n. 3, p. 238-251, dez. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20951/2446-6778/v4n3a22>. Acesso em: 09 nov. 2022.
- FERREIRA, JhennipherTortola *et al.* Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): uma instituição de referências no atendimento à saúde mental. **Saberes**, Rolim de Moura, v. 4, n.

1, p. 72-86, jan-jul 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Eraldo-Batista/publication/334098659_Os_Centros_de_Atencao_Psicossocial_CAPS_Uma_Instituicao_de_Referencia_no_Atendimento_a_Saude_Mental_The_Care_Centers_Psychosocial_Caps_a_Reference_Institution_on_Call_to_Mental_Health/links/5d166f4b299bf1547c8710b4/Os-Centros-de-Atencao-Psicossocial-CAPS-Uma-Instituicao-de-Referencia-no-Atendimento-a-Saude-Mental-The-Care-Centers-Psychosocial-Caps-a-Reference-Institution-on-Call-to-Mental-Health.pdf. Acesso em: 06 de novembro de 2022.

GUIMARÃES. H. Para uma psiquiatria piauiense. Teresina: **COMEPI**, 1994.

LANDO, Felipe. **Pesquisa exploratória, descritiva ou explicativa**. 2020. Disponível em: <https://www.academicapesquisa.com.br/amp/pesquisa-exploratoria-descritiva-explicativa>. Acesso em: 31 de maio de 2022.

LIMA, Sivana Andrea Molina *et al.* Medicação de alto custo para portador de sofrimento psíquico: um estudo preliminar dos custos. **Acta Scientiarum. Health Science**, [S.L.], v. 29, n. 1, p. 19-23, 18 dez. 2007. Universidade Estadual de Maringá. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/actascihealthsci.v29i1.118>. Acesso em: 08 de novembro de 2022.

OLIVEIRA, Edmar. **A incrível história de von Meduna e a filha do sol do equador**. Teresina: Edição do Autor, 2011. 174 p.

POLI, Maria Cristina. “Alienação” na psicanálise: a pré-história de um conceito. **Psychê**, São Paulo, v., n. 16, p. 133-152, jul. 2005. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30716909>. Acesso em: 23 de março de 2022.

SESAPI, Assessoria de Comunicação. **Piauí é destaque na Política de Saúde Mental**. 2007. Disponível em: <http://saude.pi.gov.br/noticias/2007-08-09/1552/piaui-e-destaque-na-politica-de-saude-metal.html>. Acesso em: 12 nov. 2022.

SILVA, HengridGraciely Nascimento *et al.* Efeitos da pandemia do novo Coronavírus na saúde mental de indivíduos e coletividades /Effectsofthe new Coronaviruspandemiconthe mental healthofindividualsandcommunities. **Journal Of Nursing And Health**, [S.L.], v. 10, n. 4, 15 maio 2020. Universidade Federal de Pelotas. Disponível em: <https://doi.org/10.15210/jonah.v10i4.18677>. Acesso em: 15 nov. 2022.

RIBEIRO, Débora. **Louco: significado de louco**. 2017. Dicionário Online de Português. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/louco/>. Acesso em: 07 de maio de 2022.

TERESINA. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Teresina**. 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pi/teresina.html>. Acesso em: 31 de maio de 2022.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a) participante,

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário da pesquisa que tem como título A HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA PIAUIENSE: os avanços e desafios da saúde mental, desenvolvida pelas pesquisadoras participantes Ana Bárbara Santos de Freitas e Francisco das Chagas Soares da Silva Junior, discentes do curso de graduação de Enfermagem do Centro Universitário UNINOVAFAPI, sob orientação da professora Dra. Juliana Macêdo Magalhães.

Os objetivos deste estudo são: são analisar os avanços e desafios da psiquiatria piauiense, caracterizando os participantes quanto às variáveis: sexo, idade, formação e tempo de assistência na psiquiatria; definindo uma linha temporal da história da psiquiatria piauiense do século XX aos dias atuais.

O convite a sua participação nesta pesquisa se dá pela necessidade de desenvolver mais estudos científicos sobre o desenvolvimento de pesquisas mais aprofundadas sobre quais os desafios a psiquiatria piauiense ainda andam enfrentando para a inovação de novas técnicas do cuidado relacionado com a saúde mental. A sua participação é muito importante.

Ressaltamos que a sua participação é voluntária, isto é, não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer participar, bem como retirar a participação a qualquer momento. Você não será penalizado (a) caso decida não autorizar ou, tendo aceitado, desistir desta.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações prestadas. Além disso, a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), orienta que sua participação se dará em total anonimato, onde a identidade ficará em sigilo e os dados coletados durante a pesquisa serão armazenados em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar das pesquisadoras informações sobre a participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito por meio do contato explicitado neste termo.

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes, devendo oferecer atenção e cuidados na minimização destes riscos. Portanto, este estudo, oferece riscos mínimos, como, tais como possibilidade de constrangimento ao responder o questionário; desconforto; quebra de sigilo; e quebra de anonimato. A fim de minimizar estes riscos, os pesquisadores irão realizar o questionário de forma individual e virtual, por meio de formulários do Google, evitando que as informações sofram interferências de terceiros.

Qualquer dado que possa identifica-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista às pesquisadoras do projeto. A aplicação da entrevista será gravada em áudio. Para isso, solicito sua autorização para participação no estudo. Caso aceite o convite essas informações serão colhidas de forma individual e em local que possa garantir o sigilo das informações e o seu anonimato.

O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente trinta minutos. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso a estas as pesquisadoras e suas orientadoras. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução CNS 466/12.

A coleta de dados será iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do UNINOVAFAPI e mediante sua autorização através do termo de consentimento livre e esclarecido em obediência aos preceitos que regem a Resolução CNS 466/12, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos.

O senhor(a) não receberá remuneração nem tão pouco terá quaisquer despesas pela participação no estudo. A participação poderá trazer diversos benefícios. Onde estes consistiram em benefícios diretos e indiretos para você participante, uma vez que, o processo evolutivo do desenvolvimento do cuidado psiquiátrico, além de mencionar sobre como os primeiros hospitais foram desenvolvidos, aborda os desafios enfrentados pelas instituições como a questão do saneamento básico que era muito escasso e havendo uma melhoria no decorrer dos anos. Os resultados serão divulgados, exclusivamente com a finalidade científica, por meio de congressos, jornada científica e, posteriormente, serão publicados em revistas científicas nacionais e/ou internacionais.

Ressalta-se que os participantes da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não no termo de consentimento e resultante de sua participação no estudo, além do direito à assistência integral, têm direito à indenização, conforme itens III.2.0, IV.4.c, V.3, V.5 e V.6 da Resolução CNS 466/12, desde que fique comprovado o vínculo do dano à pesquisa.

Ao participar da pesquisa, é necessário aceitar eletronicamente, através da plataforma do Google Formulários, o que corresponderá à assinatura do TCLE que será registrado e salvo, concluindo o aceite do participante. Recomendamos que o(a) senhor(a) guarde este TCLE como comprovante de seu consentimento e dos termos aqui descritos ou faça download em PDF.

Este documento foi elaborado em duas vias digitais, uma ficará com as pesquisadoras responsáveis e a outra com o(a) participante da pesquisa.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do UNINOVAFAPÍ, no endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 – Uruguai, CEP: 64073-505 – Teresina – Piauí, Telefone: (086) 2106-0738, e-mail: cep@uninovafapi.edu.br. O Comitê de Ética em Pesquisa é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Ana Bárbara Santos de Freitas CPF: 064.529.943-01 Pesquisadora Participante	Francisco das Chagas Soares da Silva Júnior CPF: 072.787.663-54 Pesquisador Responsável
Juliana Macêdo Magalhães CPF: 836.817.873-87 Pesquisadora Responsável	

Contato com a pesquisadora responsável: Luiza Ivete Vieira Batista; Telefone: (86) 2106-0725; Institucional: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123 – Uruguai, CEP: 64073-505 – Teresina-PI; e-mail: juliana.magalhaes@uninovafapi.edu.br. Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa, tirei minhas dúvidas e concordo em participar.

Nome do(a) participante: _____

RG: _____ CPF: _____

Teresina-PI, ____ de _____ de 2022

APÊNDICE B – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Entrevista N° _____

Caracterização dos participantes:

Sexo:

Idade:

Formação:

Tempo de assistência:

Tempo de assistência:

1. Quais foram os avanços da assistência psiquiátrica?
2. Relate os desafios na assistência psiquiátrica.
3. Quais as mudanças que você propõe para uma melhor assistência?

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLÓGICAS DO PIAUÍ -
UNINOVAFAPÍ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA PIAUIENSE: os avanços e desafios da saúde mental

Pesquisador: Juliana Macêdo Magalhães

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 62041922.6.0000.5210

Instituição Proponente: INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR DO PIAUÍ LTDA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.628.082

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa do curso de Enfermagem. Os avanços da psiquiatria piauiense e os desafios enfrentados no seu desenvolvimento com métodos de tratamento precários, que não garantiam uma eficiência aos pacientes. É mencionado a instalação do Hospital de Santa Casa de Misericórdia, onde se deu o início de toda clínica no Brasil. Existia dois adjetivos comumente utilizados: alienado e louco, onde louco se refere a "perder a razão" e alienados seu sinônimo. Assim, os alienados seriam pacientes doentes a beira da loucura, incapaz de exercer seu dever moral diante a sociedade. Contudo, é desenvolvido, uma análise dos desafios que surgiram no decorrer do tempo, definindo uma linha temporal do século XX aos dias atuais, usando como base a literatura brasileira, artigos e outros dados bibliográficos que retratam a evolução de como a saúde mental passou a ser tratada. Deste modo, a questão norteadora é: Quais os avanços e desafios da psiquiatria piauiense? Tipo de Pesquisa: exploratório-descritivo com abordagem qualitativa.

Local do Estudo: Estado do Piauí, localizado na região nordeste do Brasil. **Participantes do Estudo:** profissionais da saúde e gestores que vivenciaram a história da psiquiatria piauiense. A seleção da amostra para este estudo será não-probabilística do tipo intencional. O recrutamento das participantes ocorrerá utilizando a técnica de bola de neve. Inicialmente, será contatada uma Enfermeira Psiquiátrica (informante-chave/semente) que presta assistência no Hospital Areolino de

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLÓGICAS DO PIAUÍ -
UNINOVAFAPÍ



Continuação do Parecer: 5.628.082

Abreu, a fim de localizar profissionais de saúde que atendam aos critérios de inclusão. Em seguida, será solicitado para que a Enfermeira indique novos contatos com as características desejadas, a partir de sua própria rede pessoal, e assim sucessivamente e, dessa forma, o quadro de amostragem poderá crescer a cada entrevista (BOCKORNI et al., 2021). Serão incluídos os profissionais da saúde que atuaram na assistência psiquiátrica piauiense. Serão excluídos profissionais da saúde que atuaram na assistência psiquiátrica piauiense antes dos anos de 1940. A Coleta de Dados será por via telefônica ou eletrônica (e-mail) para o convite da participação na pesquisa concomitante aos esclarecimentos dos objetivos e metodologia proposta, podendo ser realizada tanto de forma online quanto presencial, feita através de entrevista. Os dados coletados serão analisados sob a ótica qualitativa, através da descrição das entrevistas, identificação de padrões e organização das respostas em categorias temáticas. Deste modo, os dados serão analisados segundo análise de conteúdo de Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: Analisar os avanços e desafios da psiquiatria piauiense.

Objetivos Específicos: Caracterizar os participantes quanto às variáveis: sexo, idade, formação, início da atuação na saúde mental e tempo de assistência na psiquiatria; Definir uma linha temporal da história da psiquiatria piauiense do século XX aos dias atuais com base na literatura científica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos riscos e benefícios: De acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12, toda pesquisa envolvendo seres humanos apresenta riscos que variam de grau dependendo dos participantes. Portanto, essa pesquisa apresenta riscos mínimos, como incômodo na abordagem com o participante e constrangimento durante o diálogo, bem como a possibilidade de quebra de sigilo. Assim, a atenção com os participantes é um fator importante no uso de técnicas que os mantenham mais confortáveis e confiante, a fim de reduzir os riscos. Com esse intuito, a entrevista será realizada de acordo com a disponibilidade de horário dos participantes. Além disso, as pesquisadoras estarão em local calmo e privativo, reduzindo a possibilidade de quebra de sigilo das informações.

As informações coletadas serão utilizadas exclusivamente com a finalidade científica. Os benefícios poderão ser diretos ou indiretos. A pesquisa possui benefícios indiretos, onde o

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -
UNINOVAFAPI



Continuação do Parecer: 5.628.082

resultado não irá gerar impacto direto na vida dos participantes. No entanto, a pesquisa poderá contribuir com a comunidade científica e a implantação de novas políticas públicas, uma vez que abordará os desafios e avanços da psiquiatria piauiense.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo em destaque possui sua relevância por mencionar todo o processo evolutivo do desenvolvimento do cuidado psiquiátrico, além de mencionar sobre como os primeiros hospitais que foram desenvolvidos, aborda os desafios enfrentados pelas instituições como a questão do saneamento básico que era muito escasso e havendo uma melhoria no decorrer dos anos. Além de possuir uma importância para academia científica, uma vez que contribuindo para novos estudos assim gerando novos dados, esse estudo também pode contribuir de forma positiva a comunidade científica incentivando o interesse e a produção de mais trabalhos a cerca desse assunto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios estão apresentados no protocolo de pesquisa segundo a Resolução 466/2012.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Conclui que o protocolo de pesquisa encontra-se APROVADO, porque está elaborado de acordo com as recomendações éticas da Resolução CNS 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Parecer do colegiado de que o protocolo de pesquisa está APROVADO foi acatado porque encontra-se elaborado de acordo com as recomendações éticas da Resolução 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1977742.pdf	22/08/2022 17:37:00		Aceito
Outros	INST.doc	19/08/2022	Juliana Macêdo	Aceito

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123
Bairro: Bairro do Uruguai **CEP:** 64.073-505
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)2106-0738 **Fax:** (86)2106-0740 **E-mail:** cep@uninovafapi.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DA
FACULDADE DE SAÚDE,
CIÊNCIAS HUMANAS E
TECNOLOGICAS DO PIAUÍ -
UNINOVAFAPÍ**



Continuação do Parecer: 5.628.082

Outros	INST.doc	12:46:06	Magalhães	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLA.pdf	19/08/2022 12:45:05	Juliana Macêdo Magalhães	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.doc	19/08/2022 12:43:29	Juliana Macêdo Magalhães	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.doc	19/08/2022 12:43:15	Juliana Macêdo Magalhães	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCC.doc	19/08/2022 12:42:01	Juliana Macêdo Magalhães	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	19/08/2022 12:39:02	Juliana Macêdo Magalhães	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	19/08/2022 12:38:09	Juliana Macêdo Magalhães	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 08 de Setembro de 2022

Assinado por:

FERNANDA CLÁUDIA MIRANDA AMORIM
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Vitorino Orthiges Fernandes, 6123

Bairro: Bairro do Uruguai

CEP: 64.073-505

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)2106-0738

Fax: (86)2106-0740

E-mail: cep@uninovafapi.edu.br

ANEXO B - DECLARAÇÃO DE REVISÃO ORTOGRÁFICA

DECLARAÇÃO DE REVISÃO ORTOGRÁFICA

Eu, Pâmela Melo Osório Reis, graduada em Letras pela Universidade Estadual do Piauí, declaro para o Centro Universitário UNINOVAFAPI que revisei o Trabalho de Conclusão de Curso de Bacharelado em Enfermagem intitulado “**A HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA PIAUIENSE: Os avanços e desafios da saúde mental**”, dos alunos Ana Bárbara Santos de Freitas Francisco das Chagas Soares da Silva Júnior. Declaro ainda que o presente trabalho encontra-se de acordo com as normas ortográficas e gramaticais vigentes.

Teresina, 03 de novembro de 2022.

Pâmela Melo Osório Reis
CPF: 064.975.673-80