

CÁRCERE PRIVADO: DESAFIOS PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA E PSICOSSOCIAL NO NORTE DO PIAUÍ

Deprived incarceration: challenges for primary and psychosocial care in northern Piauí

João Paulo Macedo¹

Adrielly Pereira de Sousa²

Adrielli M. B. de Oliveira Silva³

José Luís C. C. Teixeira⁴

Gabriela Fernandes Veras⁵

Artigo encaminhado: 20/09/2013

Aceito para publicação: 20/10/2015

RESUMO

Apesar de todos os avanços do processo de reforma psiquiátrica no Brasil, no que tange a ampliação da rede de atenção psicossocial, o cárcere privado se perpetua até hoje como resposta ao transtorno mental em várias localidades do país. Deste modo, objetivamos com este estudo identificar os casos em situação de cárcere privado do município de Parnaíba, região norte do estado do Piauí, além de conhecer a realidade em que vivem tais famílias. Trata-se de uma pesquisa de desenho descritivo exploratório, em que identificamos 10 casos de cárcere no município. A etapa de campo ocorreu por meio de visitas domiciliares aos casos identificados e contou com uso do diário, observação participante e entrevista semiestruturada. Como resultados: sete são do sexo masculino e três feminino; idade entre 21 a 52 anos; sete cuidadores não souberam especificar o diagnóstico, dois sofrem de esquizofrenia e um de depressão grave; apenas um dos casos não faz uso de medicamentos; os demais vêm de longa data com histórias de internação e estão sem revisão da receita há mais de um ano. O encontro com essa realidade fez conhecermos condições degradantes de vida, sob a marca da exclusão, do abandono e do estigma. A condição de cárcere depõe aqueles sujeitos de qualquer direito, que se não encarado pelos profissionais e serviços com a urgência necessária, impera-se a ausência do papel do Estado como agente na proteção de direitos. À família, portanto, sozinha, restará a busca de soluções extremas para os problemas que enfrentam.

¹ Psicólogo. Doutor em Psicologia. Docente do Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas e do Curso de Psicologia da UFPI. E-mail: jpmacedo@ufpi.edu.br

² Psicóloga. Bolsista CAPES do Mestrado em Políticas Públicas da UFPI. Filiação/instituição. E-mail: adriellypsi@hotmail.com

³ Psicóloga. Bolsista PBIV UFPI. E-mail: adrielli.silva21@hotmail.com

⁴ Psicólogo. Bolsista PBIV UFPI. E-mail: campelocostateixeira@hotmail.com

⁵ Estudante de Psicologia. Bolsista Programa Jovens Talentos UFPI. E-mail: gabi_veras@hotmail.com

Palavras-chave: Cárcere privado. Direitos humanos. Saúde mental. Atenção primária.

ABSTRACT

Despite all advances in the psychiatric reform process in Brazil, regarding the extension of the psychosocial care network, deprived incarceration is perpetuated until today, in response to mental illness in several sites of the country. Therefore, we aimed through this study at verifying cases under deprived incarceration in the city of Parnaíba, northern region of the state of Piauí, and also knowing the reality that these families are living. That is a research with exploratory and descriptive design, which we identified 10 cases of deprived incarceration in the city. The research stage occurred through home visits to the identified cases and using a diary, participant observation and semi-structured interview. As results: seven are male and three are female; age between 21 and 52 years; seven caregivers did not know to specify the diagnosis, two suffered from schizophrenia, and one from depression; only one of the cases does not use medication; the other one has a long term history of hospitalization and does not have a prescription review for over a year. The encounter with this reality made us know the degrading conditions of life, under the mark of exclusion, abandonment and stigma. The condition of incarceration deposes those subjects of any rights, that when they are not incarcerated by the services and professionals with the necessary urgency, prevails the absence of the State in his role of agent protecting rights. To the family, thus, alone, remains the search for extreme solutions to the problems that they face.

Keywords: Deprived incarceration. Human rights. Primary care.

1. INTRODUÇÃO

Foram muitos os avanços da Reforma Psiquiátrica brasileira na última década, especialmente em relação à abertura de serviços, o fortalecimento da rede de atenção psicossocial e, mais recentemente, com o fomento de ações de educação permanente, por meio de editais de apoio e supervisão clínico-institucionais, e com o fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares, também por meio de editais de fomento. No Piauí, por exemplo, enquanto figurávamos no ano de 2003 entre os estados de pior cobertura CAPS do país, atingindo apenas 3% da população, em 2011 alcançamos a quinta posição entre os Estados de melhor cobertura do país, com 91% da população coberta em saúde mental (BRASIL, 2012).

Por outro lado, não tem sido fácil transpor as dificuldades e avançarmos do modelo asilar para o psicossocial, conseqüentemente, superar a fragilidade de respostas da

Política de Saúde Mental, inclusive de maneira conjunta com outros setores do Sistema Único de Saúde (SUS) e demais políticas públicas, para o aumento da resolutividade frente as mais diversas demandas que chegam aos serviços: dependência e uso abusivo do álcool e outras drogas sem recorrer ao expediente da internação compulsória; suporte à crise e em situações de urgência psiquiátrica; atenção aos casos de pacientes crônicos e com histórico de longa internação; acolhimento e prestação de cuidados para a população de rua; maior oferta de ações para o público infantil, especialmente os casos de autismo e a problemática da medicalização do sujeito escolar; fortalecimento do cuidado e suporte familiar dos usuários; e maior integração com ações voltadas para coordenação e continuidade de cuidados em saúde mental, por parte das equipes que fazem a Atenção Primária em Saúde (APS) (VASCONCELOS, 2010).

Apesar dos avanços, há um entre os problemas que enfrentamos na saúde mental que, talvez, constitua um dos aspectos mais negativos as políticas de saúde do nosso país: casos de cárcere privado envolvendo pacientes com transtorno mental. Segundo Vasconcelos (2010), o cárcere privado remete à época anterior a criação do hospital psiquiátrico, e apesar de todas as lutas por uma sociedade sem manicômio, ainda hoje o cárcere privado se perpetua como resposta ao transtorno mental. Compreende-se que tal realidade é mais recorrente em municípios de menor porte populacional, porém, não excludente dos grandes centros, em função da fragilidade da rede de serviços de saúde e proteção social.

A falta de estruturação dos serviços e dispositivos para se efetivar, de fato, a rede de atenção psicossocial articulado com outras redes e políticas públicas é o que dá “legitimidade” as famílias para reproduzirem em suas próprias casas, por meio do cárcere privado, elementos da mecânica manicomial em sua forma total: privação de liberdade e de cidadania, controle, punição e anulação do sujeito. Assim, o ato de recorrer ao cárcere ou a outras formas de isolamento, por parte das famílias, seja por receio aos comportamentos agressivos meio a crise do paciente, seja como forma de não expor a “culpa” ou “vergonha” de ter um familiar com problema mental em casa, seja ainda pelo cansaço, sobrecarga, desgaste emocional, quebra dos laços familiares ou descrença na rede de serviços, demonstra os padrões de respostas ainda hegemônicos da sociedade ao lidar com a loucura (DIAS; FERIGATO; BIEGAS, 2010).

Frente a este cenário, urgente de transformação pela Política de Saúde Mental em todo o território nacional, objetivamos com o presente estudo identificar os casos em situação de cárcere privado do município de Parnaíba-PI e conhecer a realidade em que vivem tais famílias.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo é de desenho descritivo exploratório, realizado nos quatro distritos sanitários do município de Parnaíba-PI, em que nos apoiamos na perspectiva etnográfica e na produção de sentidos (MINAYO, 2006). Os estudos etnográficos têm como objetivo estabelecer contato direto (envolvimento) do pesquisador com o local, pessoas ou grupos investigados. A partir desse contato o pesquisador considera a profusão de informações, impressões, relações sociais e os sentidos que pessoas e grupos sociais dão a determinados eventos, situações e/ou problemáticas que enfrentam no cotidiano e lugar onde vivem. O rigor da investigação encontra sustentação no diálogo entre o compromisso teórico e ético-político com a riqueza das experiências observadas (CAIAFA, 2007).

A rede básica de saúde de Parnaíba é composta por 35 Unidades de Saúde da Família (USF), dois Programas de Agentes Comunitários (PACS) e quatro Equipes do Núcleo de Apoio Saúde da Família (NASF). Além da rede de Atenção Primária, o município dispõe de CAPS II, CAPS Ad 24h e leitos psiquiátricos do SUS num hospital filantrópico. Para organizar as ações da etapa de campo, percorremos todos os serviços da APS do município para realizar o levantamento dos casos de cárcere privado envolvendo transtorno mental. Uma vez identificado a presença de casos numa determinada área de abrangência de uma unidade, programamos a realização de visitas domiciliares, acompanhado do agente comunitário de saúde (ACS), para conhecermos e nos aproximarmos dos usuários e familiares. Ao final da pesquisa de campo visitamos dez casos. Ao longo da investigação fizemos uso do diário de campo, observação participante e entrevista semi estruturada. A tratamento dos dados tem como base a análise de conteúdo, com foco na categorização, a inferência e a descrição dos dados para posterior interpretação, tendo como referência a literatura pesquisada (MINAYO, 2006). O estudo teve aprovação do Comitê de Ética de Pesquisa, atendendo aos aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96, com CAAE nº 0338.0.045.000-11.

3. RESULTADOS

Identificar os casos de cárcere privado envolvendo pacientes com transtorno mental, por meio dos profissionais, com visitas as unidades de saúde, foi um trabalho de muitos

desafios. Deparamo-nos com situações de desconhecimento, desencontro de informações, comportamentos de esquivas, resistência, receios, discursos e práticas que se mostravam como autênticas porta-vozes da cultura manicomial ao realizarmos uma primeira inserção no campo. Isso ficou evidente ao escutarmos relatos de que aquilo que estávamos procurando não era de competência do serviço ou dos profissionais, que não teríamos acesso a informações visto o serviço ser restrito a consulta; profissionais que afirmavam não existir esse tipo de caso no território, todavia, posteriormente, identificamos situações de cárcere privado na respectiva localidade; além de barreiras burocráticas em que determinados profissionais se valeram de medida da Secretaria de Saúde do Município que declarava resposta administrativa e judicial aos profissionais, caso repassassem informações sobre o seu local de trabalho sem autorização do setor responsável. Esse quadro de desconhecimentos e resistências, diz por um lado do quanto os serviços dos municípios se fecham para a realização de estudos e investigações, que podem inclusive auxiliá-los na compreensão e enfrentamento de determinadas problemáticas; por outro, do quanto é difícil o trilhar desta via com tantas mãos e contramãos pulverizada pela cultura manicomial que encarna trabalhadores e serviços.

Diante das dificuldades recorreu-se a parceria com a Associação dos Agentes Comunitários de Saúde de Parnaíba (ASACS) para identificarmos os casos de cárcere do município, considerando que o ACS, muitas vezes, se vê em situação de impotência e sofrimento por não ter a quem recorrer para auxiliá-lo nas ações de cuidado do caso e da família. Apesar dos percalços, especialmente pelo receio de que o levantamento realizado era para oferecer denúncia às famílias com situações de cárcere, colhemos inicialmente informações de 22 casos. Após a realização de visitas domiciliares, constatamos somente nove casos. Os demais eram situações diversas envolvendo pacientes com problemas mentais graves, e que os ACS aproveitaram nossa presença como forma de contar com algum auxílio ou suporte para os casos, devido a falta de respostas dos serviços.

O dia-a-dia do campo de pesquisa e o contato com os ACS, considerando o território percorrido e os laços construídos com as comunidades visitadas, abriram espaços de diálogos em que foi possível localizar mais situações de cárcere privado no município. Assim, constatou-se a necessidade de insistir na pesquisa junto aos serviços que não tínhamos conseguido retorno. Como resultado, identificamos um total de 15 casos em Parnaíba, que após as visitas domiciliares, constatamos a existência de 12 casos.

Entre os casos que conseguimos construir o vínculo necessário que garantisse aproximação e o contato direto com a realidade e a dinâmica da família (n=10), pudemos verificar a seguinte caracterização: sete são do sexo masculino e três feminino, com idade variando entre 21 a 52 anos. Ao inserirmo-nos nas residências constatamos cinco casos

em situação de privação total de liberdade, pois vivem encarcerados em quartos com grades sem que possam transitar por outros cômodos da casa; três casos em que o usuário circula de forma limitada por outros cômodos da casa durante o dia, no entanto, à noite, ou quando estão em crise, ficam isolados em quartos com grades; dois casos em que, apesar de longa data estiveram em situação de cárcere, atualmente, um deles se encontra internado no Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu, e o outro não vive mais na situação de aprisionamento domiciliar devido a comportamentos agressivos.

Em relação ao diagnóstico, sete cuidadores não souberam especificá-lo; dois sofrem de esquizofrenia e um de depressão grave. Nove fazem uso de medicamentos, entre eles: Amplictil, Piportil L4, Risperidona, Clozapina, Haldol, Fenergan, Carbolitium, Carbamazepina, Akineton, Neozine, Bromazepam e Diazepan. Para aqueles que fazem uso de medicamentos psicotrópicos, é importante ressaltar que nenhum deles teve revisão da receita no último ano, sendo que muitos foram prescritos depois da última internação. Os medicamentos são adquiridos com recursos dos familiares. Sobre o histórico de internação, nove possuem internações psiquiátricas diversas, na capital e na ala psiquiátrica do hospital filantrópico local.

Sobre os casos propriamente ditos, segue uma rápida caracterização dos mesmos:

- S., 21 anos, sexo masculino, é esquizofrênico. É o único com transtorno mental na família. Os sintomas apareceram com 11 anos de idade. No início teve sua liberdade preservada, mesmo sendo agressivo algumas vezes. Houve um episódio que chamou atenção da cidade, pois S. teve acesso a um carro com a chave na ignição que estava estacionado na rua, e saiu a dirigir o carro. A família não se sente segura com S. tendo livre trânsito na casa, principalmente quando ele se encontra em crise. Por isso, decidiu construir um quarto gradeado para prendê-lo. No quarto, que é grande e luminoso, conta com uma cama de solteiro e um vaso sanitário. S. já quebrou este vaso algumas vezes. Ele passa o dia deitado ou caminhando pelo quarto, falando sozinho, é muito inquieto. Em sua residência moram, além do paciente, a mãe, o pai, a irmã mais velha e o irmão mais novo, sendo a principal cuidadora a mãe. Ela é a única que entra no quarto e é responsável por todos os cuidados do paciente. Às vezes o pai e os irmãos auxiliam em pequenas coisas, mas logo se queixam e não têm boa vontade de ajudar. Os banhos ocorrem um dia sim outro não, mas nos períodos da crise a mãe não tem coragem de entrar no quarto com medo de ser agredida. S. nunca foi internado, a família não quer, pois pensa que ele não tem consciência das coisas, e estranharia outro local, ficaria agressivo, quebraria tudo, ou fugiria. Houve apenas uma tentativa de frequentar, na época, o hospital dia (transformado em

CAPSII), porém, no terceiro dia ele pulou o muro para fugir do local e a mãe resolveu não mais levá-lo. A mãe disse ainda que gostaria que o remédio dopasse o filho para que o seu trabalho, o estresse e o esgotamento físico e emocional diminuíssem. Os gastos de S. são retirados de seu próprio benefício e da renda do pai. Na vizinhança, nem todo mundo entende a situação, alguns se incomodam e não aprovam. A equipe da USF conhece o caso, mas não presta nenhuma orientação ou demais ações de assistência. No máximo, a família recebe visitas do ACS.

- C., 28 anos, sexo feminino, tem dois filhos e vive com o marido há 10 anos, que é o cuidador. Apresenta quadro de depressão grave. A paciente é mantida isolada na casa e fica sem possibilidade de qualquer saída. Algumas vezes, sai para o quintal, porém, sempre vigiada pelo marido. As condições de vida na casa são precárias, sinalizando vulnerabilidades. Os sintomas começaram em 2008, mas hoje estão mais amenos. O marido acredita que o problema pode ter sido desencadeado por conta de um parto em 2003, em que foi realizado laqueadura, e teve a criança doada para outra pessoa. A paciente não recebeu nenhum tratamento médico na época. Com o agravamento do quadro foi internada nos serviços de saúde mental do município. A renda da família é proveniente de trabalhos/serviços esporádicos do marido e da metade da aposentadoria de C. que a mãe recebe. As dificuldades quanto à rotina de cuidado são muitas, pois a paciente fica facilmente irritada e agressiva, chegando às vezes a agredir o marido. Nas situações de crise, ele refere que o melhor é esperar a crise passar, para que se aproxime. Não há outras pessoas na família que fazem uso de medicamentos psiquiátricos, sendo que o marido é dependente de inalantes (solvente). Compreende que cuidar da esposa é sua missão, a *“cruz que carrega”*. A relação com os vizinhos é permeada de desconfiança, pois eles a olham com diferença e preconceito. A equipe ESF não conhece o caso. Houve apenas uma visita há bastante tempo, uma vez que a irmã do cuidador é ACS. Por outro lado, o cuidador julga as visitas como intromissão, considera ainda que esta forma de lidar com a paciente, prendendo-a, é normal, pois faz para o seu bem. Ele relatou que não participa de nenhuma atividade na USF.
- R., 25 anos, sexo masculino, vive em uma casa muito humilde, apenas com a mãe, uma senhora de 65 anos que é sua cuidadora, que também apresenta problemas mentais, sofre de depressão. A mãe não sabe dizer qual o diagnóstico da doença

do filho, apenas que ele já nasceu com a doença. O paciente vive em cárcere privado há uns seis meses, dentro de casa, sendo balançado quase todo o tempo pela mãe em uma rede que fica na sala. O mesmo pode transitar apenas dentro da casa, sendo impedido de sair devido às portas possuírem grades. A mãe diz que o motivo do cárcere é pelo risco de lhe ocorrer algo (quase foi atropelado) e por ser difícil ficar atrás dele, uma vez que não tem mais forças por causa da idade. Na verdade, ambos estão isolados em casa, pois não tem para lugar algum, não recebem visitas, apenas a irmã do paciente, que mora em outro bairro, aparece uma vez por mês para deixar alimentos e outras necessidades, uma vez que gerencia o valor que recebe do benefício dos dois. Tanto a mãe quanto o filho já estiveram internados na ala psiquiátrica do hospital filantrópico, mas com uns três dias fugiram. A principal dificuldade relatada pela mãe é a agressividade do paciente. Meio as situações de crise, ela relatou não ter muito o quê fazer. Quanto aos vizinhos, diz não sofrer mais preconceito, que a tratam com naturalidade, mas se queixa de não ter contatos, receber visitas, inclusive das equipes de saúde. Afirma que gostaria muito que houvesse visitas, pois se sente sozinha, esquecida; porém, tem receio que quando precisar receber alguém, R. tente fugir.

- F. C., 30 anos, sexo masculino, vive preso em um quarto com grades, dentro de uma casa bastante humilde. O quarto é pequeno, a janela tem a vista para a rua, onde permanece a maioria do tempo, chamando a atenção de quem passa com xingamentos. A opção da família pelo cárcere privado foi feita porque ele batia nos familiares e nas pessoas da rua. Além de problemas mentais, o paciente tem tuberculose. A família atribuiu o aparecimento do transtorno ao envolvimento com drogas e pessoas criminosas. O fato de ter sido preso, apanhado de policiais, ser deixado pela mulher, ter sido esfaqueado, recebido anestesia para realizar tratamento cirúrgico, ter caído de um pé de coco, tudo isso a família atribui ao desenvolvimento do transtorno. F. C é aposentado. A sua mãe faz uso abusivo de álcool, sendo a irmã, que vive em uma casa aos fundos da casa da mãe, é quem ajuda ele quando a mãe está alcoolizada. Segundo a mãe, ele já esteve internado no Hospital Areolino de Abreu em Teresina por cinco vezes. No hospital filantrópico também foi internado algumas vezes. O ACS conhece o caso, visita e orienta. Segundo a mãe e a irmã, a principal dificuldade é a violência do paciente e a limpeza do quarto. Quando precisam tirá-lo do quarto para realizar a limpeza, é preciso pagar quatro homens pra colocá-lo de volta. Para o banho é a mesma coisa, embora aconteça a cada dois dias, devido dificuldades, a família acaba

tendo que pagar um homem para dar banho nele. Em momentos de crise, ligam para a SAMU e para a polícia para levarem-no para o hospital filantrópico. Depois é só esperar a dose fazer efeito para que sua agitação diminua. Em relação à comunidade, ficam falando que doido tem que ficar é preso mesmo. Recentemente, o paciente tem tido maior atenção das equipes ESF e NASF, inclusive do CAPS, depois da internação recente na capital para estabilização do quadro psíquico. O papel do CAPS tem sido manter a estabilidade do paciente para que as equipes da APS possam trabalhar na adesão ao tratamento da tuberculose, devido à resistência do paciente. Porém, apesar de incomodar, o quadro de cárcere e a situação da família, inclusive com outras demandas em saúde mental, não é foco das intervenções.

- J. W., 44 anos, sexo masculino, vive em cárcere privado durante a noite, quando todos da casa vão dormir, uma vez que tem seu quarto com grades, ou durante o dia e noite quando está em crise. É cuidado pela esposa, com quem vive há mais de 20 anos, porém a mesma diz não saber qual doença ele tem, e que quando foi morar com ele não sabia do transtorno mental. A descoberta veio após uma crise que ele teve. Por ter sido rejeitado por sua família de origem, a esposa resolveu cuidar dele, porém vê a necessidade de prendê-lo à noite, porque tem medo de que ele machuque alguém, mesmo sem ter consciência do que está fazendo. Lembra inclusive de um episódio em que o paciente acertou a cabeça do enteado com um golpe de facão, e este quase morreu. Outra preocupação para mantê-lo em cárcere é o receio que ele arrume brigas no bairro, ou então andar nu pelas ruas e comer lixo. Há dificuldades de socialização por parte do paciente. Já esteve internado nos hospitais psiquiátricos da capital, como também na ala psiquiátrica do hospital filantrópico local. A cuidadora ressalta que sua vontade seria conseguir uma vaga no CAPS, para que seu marido passasse o dia e vir pra casa só à noite. O paciente recebe aposentadoria, assim como a esposa, que mantém a compra dos medicamentos. Recebem visitas do ACS e da enfermeira, de quem recebem orientações, além de estagiárias do curso de psicologia da UFPI. Segundo a esposa, a dificuldade que tem é de internar quando ele está em crise, pois é extremamente difícil manter o paciente em casa. A última crise durou três meses, sendo que se sente obrigada a trancá-lo no quarto, para que ele não quebre tudo em casa. A tarefa de cuidar é trabalhosa e o dinheiro não paga o trabalho que é, comenta a esposa. Quanto aos vizinhos, diz que sofre preconceito e que quando

passam em frente à sua casa, escuta os vizinhos dizerem: “olha a casa dos doidos”.

- M. O., 36 anos, sexo feminino, vive com o irmão, a cunhada e a sobrinha que ajudam no seu cuidado diário. Os familiares não sabem informar o tipo de transtorno que a paciente apresenta. Ela teve cinco filhos e o irmão acredita que os sintomas começaram no período de resguardo do último filho. Já frequentou o hospital-dia (transformado em CAPSII) uma ou duas vezes e foi internada na ala psiquiátrica do hospital filantrópico local várias vezes. Recebe uma pensão que ajuda com as despesas, e tem acompanhamento do ACS e da equipe do NASF. Já apresentou episódios de violência no período de crise chegando a tentar matar o irmão com uma faca. Esses episódios fizeram com que a família optasse pelo isolamento da paciente, em alguns momentos, em um quarto que é trancado. O quarto é escuro e possui mau cheiro. Os familiares dizem querer ter a oportunidade de interná-la em um hospital psiquiátrico na capital, com a certeza de que seria bem cuidada. Os vizinhos entendem a situação e não demonstram preconceito. A maior dificuldade para o irmão é não poder estar presente o tempo todo no cuidado da paciente, que é feito, principalmente, por sua esposa (cunhada da paciente) e pela filha de M.O. A respeito do cárcere privado, o irmão sabe da ilegalidade, mas não ver outra solução.
- W., 30 anos, sexo masculino, vive com o pai, além da presença de outros dois irmãos na casa. Atualmente o paciente encontra-se internado no hospital psiquiátrico na capital, depois de ter passado por diversas crises recorrentes e ter ficado por muito tempo em cárcere privado. Antes de ser internado era cuidado pelo pai, que não soube especificar qual o diagnóstico da doença do filho, falou apenas que *“é uma doença que o paciente pode matar alguém e depois não se lembrar de nada”*, caso estivesse em crise, e que talvez tenha se manifestado devido ao uso abusivo de drogas. Os dois irmãos de W. também possuem transtorno mental. Já tentou tratamento no antigo Hospital Dia, mas não deu certo, porque ficou agressivo, também já esteve internado outras vezes na capital. Não recebe benefício é mantido pela aposentadoria do pai. A equipe ESF conhece o caso, mas apenas o ACS realiza algumas visitas à família. Segundo o pai, a responsabilidade de ser cuidador de uma pessoa com transtorno mental é horrível. A dificuldade está em tudo, pois o filho só queria saber de estar na rua e de usar droga, e em época de crise só podia recorrer aos outros filhos, sendo que um

deles, também faz uso de medicamentos controlados devido a convulsões e só quer viver na rua. O pai se sente preso também, porque não tem liberdade de sair ou de sossegar dentro da própria casa, a sobrecarga e o estresse de cuidar é enorme. Recorria ao cárcere privado, deixando W. trancado dentro de casa, ou mesmo algemando-o ou amarrando-o com o punho de rede, porque ele não tinha sossego dentro de casa, não podia dormir, não tinha as coisas no lugar. Além disso, o filho se mostrava muito violento quando estava em crise, e também tentava, com isso, protegê-lo das drogas. Quanto aos vizinhos, o pai falou que os que conheciam o caso não o julgavam por recorrer ao cárcere privado, mas os que não conheciam o que se passava, pensavam que ele não cuidava, e que era um monstro.

- F., 42 anos, sexo feminino, mora com a mãe uma senhora de 77 anos, e uma irmã. Em função da idade, a mãe demonstra ter alguma debilidade cognitiva, não sabe especificar qual o diagnóstico da filha, diz apenas que a doença começou a se manifestar quando ela tinha 10 anos, e que os médicos na época falaram que era “uma doença que dá em criança”. A paciente vive trancada em um quartinho no final da casa, sendo o ambiente organizado, possui banheiro, vários brinquedos como bonecas, um local para seu gatinho de estimação. No quarto a paciente faz tudo sozinha e não sai pra nada, banha-se, troca de roupa, brinca, faz tranças de tapete que é o seu passatempo. O quarto possui duas aberturas com grades, onde deveria ser a porta e a janela, de onde a paciente pode assistir à televisão, desde que alguém de fora ligue para ela. A paciente é bem debilitada, tem problemas com a fala, que é difícil de compreender, e possui problemas na dentição. Aparentou ser bem sociável e entender o que falam a ela. F. recebe aposentadoria, que somada a da mãe conseguem suprir seus gastos. Não toma nenhum tipo de medicamento, pois de acordo com sua mãe, o psiquiatra que a acompanha diz que não é mais necessário o uso de medicação. A paciente chegou a ser internada uma vez na ala psiquiátrica do hospital filantrópico local, porém tentou fugir, logo depois foi assistida pelo CAPS II por três meses. Segundo a mãe, não tem dificuldades para cuidar da paciente, uma vez que ela é bastante autônoma, com exceção da comida. Quando ela está em crise a mãe recorre ao irmão de F. que mora na casa ao lado. A equipe ESF tem acompanhado o caso, apesar das visitas espessadas. Quanto aos vizinhos, a mãe relata que eles gostam muito de F., de conversar com ela. A mãe relatou que o motivo que a levou a prender a paciente, foi porque ela não queria que F. fosse para rua, devido ao medo do que pudesse acontecer com

a paciente fora de casa. Além disso, também relatou do histórico de agressividade que a paciente apresentou tempos há trás, deixando a mãe com bastante medo de lidar com a filha. Hoje, apesar de não apresentar mais agressividade, continua presa.

- V., 29 anos, sexo masculino, vive com a mãe, duas irmãs, dois irmãos, o cunhado e a sobrinha, sendo a mãe e irmã as cuidadoras. Apresenta esquizofrenia paranoide, com um vocabulário bem desconexo, e uma das irmãs apresenta depressão. A primeira crise de V. foi aos dezoito anos e a da irmã aos vinte anos. Antes de apresentar a doença, o paciente vivia normalmente, com exceção, de algumas crises na infância. Ele jogava no time de futebol da cidade e tentou ingressar na Polícia, onde ocorreu o início da descoberta da doença. Na família existem outros casos de transtorno mental, alguns recuperados, outros não. As despesas da casa são supridas pelo benefício que o paciente recebe, além da pensão da mãe. V. fica encarcerado em um quarto com grades que tem um banheiro onde ele faz a sua higiene pessoal diária. O quarto não possui janelas, o que intensifica o mau cheiro do banheiro, somado ao cheiro forte do cigarro. Foi internado em hospitais psiquiátricos por dois meses na capital, porém a família afirma que voltou pior e bastante machucado, e por isso se arrependeram da internação. A sobrecarga incomoda a família causando angustia e aflição. Às vezes o paciente fica agressivo, além de ter tentado fugir, por conta disso a família resolveu manter ele no quarto. A irmã relatou que a equipe ESF, principalmente a ACS, acompanha e orienta, mas não participam de nenhuma outra atividade voltada pra família. Em momentos de crise recorrem ao SAMU, que nunca falhou em atender ao chamado. Para cuidar do filho, a mãe se apega a Deus, pedindo forças. Os vizinhos e os amigos se afastaram, deixando de frequentar a casa. O preconceito e a incompreensão com o caso chegou ao extremo quanto uma pessoa foi até a casa de V. para matá-lo. A família entende que foi um ato de vingança. Em função de tudo isso, da internação no hospital se mostrar insatisfatória e o medo que lhe aconteça algo, a família recorreu ao cárcere privado para prevenir do que pode acontecer com ele nas ruas, ou com alguém em função dos episódios de agressividade.
- S., 52 anos, sexo masculino, não se encontra mais em cárcere privado, hoje vive livremente pela casa e sai quando quer, principalmente pra ir ao bar próximo comprar cigarros e bebidas. Reside com a irmã, que cuida dele, o tio, um irmão,

um sobrinho e a esposa. A irmã não sabe especificar que transtorno o paciente tem. O que ela relata é que a doença surgiu quando o irmão sofreu um acidente aos 22 anos, em uma fábrica no Rio de Janeiro. A correia de uma das máquinas soltou e bateu em sua cabeça. Depois deste episódio voltou para o Piauí e procurou tratamento para o seu problema. A irmã relatou que S. faz uso abusivo das substâncias químicas, e que isso acaba intensificando o seu transtorno. Possui diversos históricos de internação psiquiátrica, na capital e no município de origem. Como o paciente não recebe mais benefício, o sustento dele e da casa é mantido por um irmão que vive no Rio de Janeiro. Segundo a irmã, a equipe ESF não visita, cuida ou orienta, e nem a família participa de atividades na unidade. Quando S. entra em crise a irmã fala que o que ajuda é dar os remédios para ele se acalmar. Diz apenas que a responsabilidade em ser cuidadora é muito grande. Dos vizinhos, não sofre preconceito, pois eles entendem a situação e até conversam com o paciente. Em relação ao cárcere privado, a irmã nega que tenha recorrido a este método, porém a ACS afirma que sim. S. ficava preso em um quarto, mas depois de várias visitas do NASF a irmã passou a não prendê-lo mais.

Com base nas informações dos casos visitados é possível tecer algumas considerações. Os motivos apresentados pelas famílias para recorrerem a situações de cárcere estão relacionados às definições clássicas da loucura, na verdade, velhos e conhecidos estigmas associados à periculosidade, violência, incapacidade e cronicidade, além das dificuldades cotidianas em lidar com o sofrimento psíquico. Nestes casos os cuidadores referiram que o melhor é o paciente estar ao alcance dos seus olhos, tendo a situação de cárcere privado como estratégia de proteção e vigilância. Para Rosa (2000), aspectos que poderiam ser lidos como de superproteção da família em relação ao paciente, podem facilmente desdobrar-se na infantilização, anulação do sujeito, práticas de tutela e disciplina. Por outro lado, Rosa (2003) ressalta que assumir a existência de um transtorno mental no seio familiar gera muita ansiedade e tensão no grupo, pois o misto, especialmente em situações de cárcere privado, entre o sofrimento dos próprios familiares e o medo das situações de agressividade e do não saber o quê fazer, torna o trabalho de cuidado esgotante, devido à sobrecarga física, financeira e emocional. Nesse sentido não só a paciente, mas a própria família deve ser assistida pelas equipes de saúde.

Segundo Santin e Klafke (2011), as dificuldades de cuidado com o portador de transtorno mental grave no domicílio são muitas, devido aos cuidados básicos quanto à higiene pessoal e do quarto, alimentação, além de lidar com situações conflituosas e, às vezes, com comportamentos agressivos e violentos do paciente. Tudo isso gera

dependência e sobrecarga, fora a necessidade de está sempre vigiando o paciente. Deste modo, todo o núcleo familiar precisa se reorganizar para conviver com o sofrimento do paciente e com as situações de crise, que também é da família.

Nas situações de crise, muitos não recorrem mais aos serviços por falta de retaguarda institucional, assim apenas prendem o paciente no quarto, dão a medicação e aguardam o tempo necessário para os momentos mais críticos da crise passar; alguns poucos ainda recorrem ao SAMU para medicar ou levar para internação. É pertinente pontuar que na maior parte dos casos não é a situação de crise que faz com que as famílias recorram ao cárcere. Independentemente disso, os pacientes permanecem presos devido a sobrecarga e necessidade de alívio frente ao esgotamento físico e emocional dos cuidadores.

Para Ferigato, Onoko-Campos e Ballarini (2007), ao longo da história a crise foi ganhando aspectos negativos, especialmente quando a Psiquiatria se apropriou da loucura como doença, e passou a operar para a supressão do acervo sintomatológico. Essas autoras propõem outra forma de conceber a crise, pautada não apenas na remoção de sintomas, mas no respeito à singularidade e valorização do sujeito *na* crise, sem perder de vista o sujeito *da* crise, na perspectiva apresentada a medicação não é útil apenas para suprimir os efeitos nocivos causados pela crise, serve também como uma ferramenta relacional, capaz de produzir outras relações “entre o paciente e seu problema, entre paciente e equipe e paciente e meio ambiente” (FERIGATO; ONOKO-CAMPOS; BALLARINI, 2007, p. 39). No discurso dos familiares é vigente o mal-estar, o medo, o sofrimento e a estranheza diante da crise, sendo pertinente pontuar que esta dificuldade também é recorrente no que tange aos serviços/profissionais, sendo o atendimento a crise, um dos principais desafios da reforma psiquiátrica, como bem lembra Vasconcelos (2010).

Os relatos das famílias apontam o quanto é difícil lidar com esta situação, percebe-se o desgaste que os cuidadores sentem com a rotina instaurada e de longo prazo. Nos casos acompanhados, observou-se que diante da falta de apoio e suporte dos serviços que acolham o paciente e a família, bem como as experiências anteriores negativas com situações de internação, o cárcere é tido como último recurso. É o que podemos constatar com uma das falas dos familiares: *“o conselho tutelar proibiu de construir o quarto, porque isso era cárcere privado, mas não obedeci, não quero saber, eu fiz! E foi a melhor coisa que fiz, a gente ia ficar louco, e isso não é vida”*. Porém, os familiares reconhecem que esta opção não cessa por completo a sobrecarga, diminui em parte, à medida que diminui outras preocupações, tais como, a de estar pensando sobre o que o paciente estará passando ou fazendo na rua.

Se há dificuldades para as equipes da ESF e NASF, bem como maior integração do CAPS para trabalharem aspectos gerais da saúde mental na atenção primária – tipo: acolher a demanda e outras necessidades sociais e de saúde da família, estabelecer vínculo, orientação e suporte clínico com foco na reabilitação psicossocial, levantamento epidemiológico e identificação de novos casos, revisão de receitas de medicamento com uso em longo prazo, participar de atividades de suporte social na comunidade, e demais estratégias de coordenação e continuidade do cuidado no território – quando emerge a face mais obscura da assistência à saúde mental, como casos de cárcere privado, a fratura da falta de suporte, cuidado e retaguarda é maior ainda. A prova disso é o desconhecimento da maior parte das situações de cárcere pelos profissionais, ou apesar de conhecerem os casos, entendem que pouco se tem a fazer devido tratar de uma questão social complexa, sobre a qual não sabem o quê fazer. Por esse aspecto, é que Dias, Ferigato e Biegas (2010) apontam a importância de que nas intervenções em situação de casos cárcere privado, se aborde as percepções da equipe e dos familiares, que permitem que situações de privação de liberdade sejam instituídas e tidas como natural, e assinalam que os serviços de saúde ao não enfrentarem esta situação, legitimam e normatizam o cárcere como resposta ao transtorno mental. Daí a importância de operar neste contexto por outra ótica, que saia do natural para produzir o estranhamento.

A falta de formação qualificada é entendida como uma das principais estratégias e desafios a serem enfrentados, não somente na APS, mas por todos os serviços quando o assunto é saúde mental. Os profissionais ainda estão submersos por referenciais e pelo imaginário social em torno da periculosidade, da cronicidade e da incapacidade, que por estarem incorporados a sua formação e o modo como subjetivam e se relacionam com a loucura, acabam por reafirmar práticas asilares encerradas na medicalização, no isolamento e na internação, isto quando não deixam a saúde mental a margem do seu universo de trabalho (OLIVEIRA, 2008; SOUZA; RIVERA, 2010). Tudo isso compromete sobremaneira a APS, pois as questões da saúde mental são recorrentes nos serviços, conforme relato de 56% das equipes de saúde da família de todo o país, e muitas vezes as situações de cárcere privado sequer integram as linhas de ação de cuidado nesse nível de atenção (BRASIL, 2003).

Ao longo deste estudo ficou evidente que o profissional mais próximo dos casos de cárcere privado visitados são os ACSs; estes não só eram os mais próximos dos casos e das famílias, como percebíamos, na maioria, certa sensibilidade e preocupação para não se acomodarem ou naturalizarem o problema. Ao mesmo tempo em que se entende o ACS como ator estratégico na produção do cuidado, por ser integrante do território

enquanto morador, e está vinculado e implicado com as condições de saúde da população, este profissional pode ser tomado pela sobrecarga no trabalho, além do fato de que uma maior inserção na comunidade não garante produzir outros modos de cuidar. Fatores como a distância com os moradores, falta de sensibilidade e a captura nas malhas protocolares pode despotencializar as ações de cuidado, tornando o trabalho na saúde prescritivo, meramente técnico e sem potência inventiva (LEITE; PAULOM, 2013; PICCININI; NEVES, 2013).

O dia-a-dia do trabalho na APS, especialmente relacionado à saúde mental, traz elementos da ordem do imprevisível para o trabalho na saúde, para o qual não há soluções e respostas pré-fabricadas. O ACS, nesse sentido, acaba sendo o profissional mais exposto às questões que exigem formas de cuidar diferenciada. Isso se deve ao fato de conhecerem a história de vida das famílias e as formas de adoecimento de cada sujeito, bem como os recursos que utilizam para enfrentar os problemas, não perdendo de vista o sofrimento e a doença, mas pelo fato de não terem o especialismo nosográfico, estão mais aptos a vê o sujeito que existe em meio à doença.

Deste modo, se aposta no potencial do vínculo que o ACS tem com a comunidade, para promover a desinstitucionalização e construir práticas capazes de gerar autonomia e que reconheçam a condição de sujeitos de direitos dos pacientes e das famílias, inclusive o direito de ser diferente. Porém, é preciso ter o cuidado necessário para que aproximação com a comunidade não seja instrumento de controle e vigilância, em termos de ratificar a tutela e a incapacidade dos usuários, e sim com o objetivo de construir outras formas de se relacionar com a loucura, construindo outros espaços sociais e subjetivos junto à família e a comunidade (LEITE; PAULOM, 2013).

Nas visitas domiciliares que realizamos, deparamo-nos com condições de vida degradantes. Essas pessoas já passaram por diversas situações, todas sob a marca da exclusão, do estigma, da negação do humano, do esquecimento de que existem. Suas vidas se limitavam as amarras, correntes, algemas e mordanças no universo dos seus quartos com grades. A condição de privação de liberdade parece distanciar tais indivíduos da condição de sujeito, e aproximá-los da condição de não humanos, pelo estado em que muitas vezes são encontrados: sujos, mal alimentados, sem vestimentas, comida jogada ao chão, sem terem as necessidades mais básicas atendidas. Aqui todos os direitos foram suspensos. A condição de cárcere depõe o louco de qualquer direito, que se não encarado pelos profissionais e serviços com a urgência necessária, passa a ser institucionalizado pela família, com consentimento do Estado, que se desnuda na sua ausência, e em políticas de saúde e profissionais que perpetuam a clausura (DIAS; FERIGATO; BIEGAS, 2010). A exceção vira regra como diria Agamben (2002), ou seja,

em vez de termos um sistema de proteção e bem-estar social radicalmente a favor da vida, abrigamos dispositivos que desnudam a vida de quaisquer possibilidades, sem mediação alguma, podendo ser investida de violência, abandono e esquecimento.

O cárcere privado é definido no artigo 148 do Código Penal brasileiro como um crime contra liberdade pessoal. Basicamente, é configurado pela privação da liberdade de locomoção ou retenção do direito de ir e vir do indivíduo, no local onde ele se encontra, anulando sua condição de sujeito e cidadania. A maneira com que tal crime é executado é variada, pode tanto envolver o isolamento da vítima em um dado lugar, cômodo, quanto fazer uso de entorpecentes, violência, para fins de privação da liberdade, locomoção e trânsito social do indivíduo. Para o ordenamento jurídico atual, aqueles que sofrem com transtornos mentais, bem como crianças, enfermos e pessoas entorpecidas são considerados sujeitos passivos de crime por lhes faltar compreensão para defender-se. Porém, apesar de serem postos como sujeitos passivos, a capacidade de gerir a própria vida não está em pauta, assim, o agente não pode utilizar de tal justificativa para consumir essa prática (DRAGO, 2008; SIQUEIRA, 2006).

A relação entre saúde mental e o direito, como visto por outras análises (MATTOS, 2006), têm múltiplas faces. Muito embora não se possa perder de vista o papel do setor saúde para oferecer ações de suporte, proteção e cuidados à crise e aos demais efeitos psicossociais e intrafamiliares ocasionados pela violação dos direitos humanos. É preciso cautela para não incorrer simples e isoladamente a função de denúncia e intervenção jurídica sob o caso, sem antes buscar estabelecer ações de vínculo, acolhimento e suporte clínico e psicossocial, para transformar os modos asilares postos na relação da comunidade e família com a loucura (DIAS; FERIGATO; BIEGAS, 2010).

Neste caso, é preciso que os atores e setores envolvidos sobre a problemática do cárcere privado no município de Parnaíba possam se aproximar da realidade em que vivem tais famílias, e pôr-se ao diálogo sobre os diferentes olhares, saberes e experiências a respeito do caso. É importante neste momento envolver o conhecimento e a experiência acumulada da própria família e da comunidade. Este é o momento de desinstitucionalizar conceitos, preconceções, modos de se relacionar e afetar, além do manejo técnico que acabam reafirmando o foco na doença, no procedimento (remédio e internação), no isolamento terapêutico, etc. Ou seja, é cogente uma escuta sensível e ampliação dos olhares para que as estratégias de intervenção não se findem em práticas cristalizadas, que não percebem o usuário/família como sujeitos de demandas e necessidades singulares. O foco é a vida, a liberdade, a autonomia e o aumento do grau de contratualidade do paciente e da família. Para tanto, não é com uma visita ou atendimentos esporádicos que iremos avançar frente aos casos de cárcere privado no

município. A construção permanente do vínculo, a escuta, a discussão do caso, o projeto terapêutico e a coordenação e a continuidade do cuidado por parte das equipes de saúde (ESF, NASF e CAPS), com ações mais sistemáticas, consistentes e em longo prazo, com foco no paciente e na família, é imperativo para mudarmos essa realidade.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No geral, compreende-se a prática do cárcere privado como um reflexo da ausência do papel do Estado como agente na proteção de direitos, em que, às vezes, famílias buscam soluções extremas para os problemas que enfrentam. É neste sentido, que a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em 2010, destaca ser basilar fortalecer as ações de cuidado e proteção em saúde, inclusive, intersetorialmente com outras políticas públicas, de pessoas que vivem em situações de cárcere privado, violência e com vínculos familiares rompidos, além da proteção jurídica, por meio das ações do Ministério Público e Defensoria Pública para assegurar os direitos e a cidadania daqueles que estão em condição de sofrimento psíquico (paciente e família). A ideia é que se fortaleça o Sistema Nacional de Vigilância, veicular nos meios de comunicação o desenvolvimento de campanhas informativas, que possam mobilizar e combater os problemas/dificuldades sofridos pela pessoa com transtorno mental e usuários de álcool e drogas, dentre outros, submetidos a cárcere privado e outros diversos tipos de violência e abuso. É imperativo que as equipes e serviços de saúde atuem em ações de prevenção e detecção destes casos, devendo operar na atenção à crise e reabilitação psicossocial dos usuários, bem como no suporte e apoio à família, de forma continuada e compartilhada (BRASIL, 2010).

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, Giorgio. Homo sacer – o poder soberano e a vida nua I. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final: IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial*. Brasília: 2010.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Circular Conjunta n. 01/03. *Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários*. Brasília: 2003.

_____. Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados- 10*, ano VII, nº 10. Informativo eletrônico. Brasília: março 2012. Disponível em: <www.saude.gov.br e www.saude.gov.br/bvs/saudemental>. Acesso em: 17 set. 2013.

CAIAFA, Janice. A pesquisa etnográfica. In: *Aventura das cidades: ensaios e etnografias*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

DIAS, Marcelo Kimati; FERIGATO, Sabrina; BIEGAS, Márcia de Oliveira Campos. Cultura Manicomial além do hospital: O estudo dos cárceres privados em Caicó (RN). In: CAMPOS, Florianita Braga; LANCETTI, Antonio. (Org.). *Saúde Loucura 9*. São Paulo: Hucitec, 2010, p. 49-71.

DRAGO, Guilherme Dettmer. *Capacidade e autonomia na internação psiquiátrica: uma leitura à luz dos tipos de cárcere privado e constrangimento ilegal*. Dissertação (Mestrado em Ciências Criminais) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Direito: Programa de Pós- Graduação em Ciências Criminais, Porto Alegre, 2008.

FERIGUATO, Sabrina Helena; ONOKO- CAMPOS, Rosana Teresa; BALLARIN, Maria Luisa Gazabim Simões. O atendimento a crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Revista de Psicologia da UNESP*, v. 6, n. 1, p. 31-44, 2007.

LEITE, André Luís Sales; PAULON, Simone. Atenção Básica e Desinstitucionalização da Loucura: acionando competências dos Agentes Comunitários de Saúde. In Neves, Rosana; PAULON, Simone (Org.) *Saúde Mental na Atenção básica*. Porto Alegre: Sulina, 2013, p. 99-112.

MATTOS, Virgílio. *Crime e psiquiatria - uma saída: preliminares para a desconstrução das medidas de segurança*. Rio de Janeiro: Revan, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

OLIVEIRA, Walter Ferreira. Algumas reflexões sobre as bases conceituais da saúde mental e a formação do profissional de saúde mental no contexto da promoção da saúde. *Saúde em Debate*, v. 32, n. 78/79/80, p.38-48, 2008.

PICCININI, Carlos Augusto; NEVES, Rosane. A saúde bate à sua porta: olhares sobre a prática dos Agentes Comunitários de Saúde. In Neves, Rosana; PAULON, Simone (Org.) *Saúde Mental na Atenção básica*. Porto Alegre: Sulina, 2013, p. 83-98.

ROSA, Lucia. *O Impacto do transtorno mental e o provimento de cuidado na família*. 2000. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Serviço Social, Rio de Janeiro, 2000.

_____. *Transtorno mental e o cuidado na família*. São Paulo: Cortez Editora, 2003.

SANTIN, Gisele; KLAFKE, Teresinha Eduardes. A família e o cuidado em saúde mental. *Barbarói*, Santa Cruz do Sul, n.34, jan/jul. 2011.

Siqueira, Julio Pinheiro Faro Homem. Considerações sobre a disciplina dos crimes de sequestro e cárcere privado no Código Penal brasileiro. *Jus Navigandi*, ano12, n.1309, 2007. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/9444>>. Acesso em: 16 set.2013.

SOUZA, Ândrea Cardoso; RIVERA, Francisco Javier Uribe. Inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. *Rev Tempus Actas Saúde Colet*, v. 4, n.1, p.105-14, 2010.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Desafios políticos no campo da saúde mental na atual conjuntura: uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional. In: _____. (Org.). *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: Hucitec, 2010. p.17-74.