



PUC  
RIO

Cristiane de Carvalho Guimarães

O usuário dos serviços de saúde mental no contexto da Reforma  
Psiquiátrica – um estudo de caso

Dissertação de Mestrado  
Departamento de Psicologia

Rio de Janeiro, 25 de setembro de 1998

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA  
DO RIO DE JANEIRO

Rua Marquês de São Vicente, 225 - Gávea

CEP 22453-900 Rio de Janeiro RJ Brasil

<http://www.puc-rio.br>

**N.Clam.** 150 G963u TESE UC

**Título** O usuário dos serviços de saúde mental no contexto da Re



Ex.1 FJCB

0136376

Cristiane de Carvalho Guimarães

O usuário dos serviços de saúde mental no contexto da  
Reforma Psiquiátrica - um estudo de caso

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Esther Maria de Magalhães Arantes

Departamento de Psicologia

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

agosto/1998

Cristiane de Carvalho Guimarães

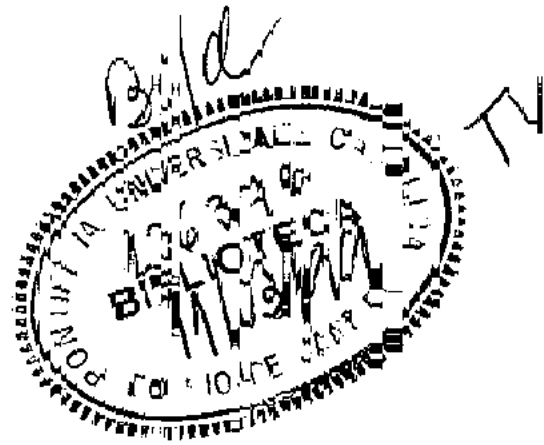
O usuário dos serviços de saúde mental no contexto da  
Reforma Psiquiátrica - um estudo de caso

Dissertação apresentada ao  
Departamento de Psicologia da PUC/RJ  
como parte dos requisitos para  
obtenção do título de Mestre em  
Psicologia.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Esther Maria  
de Magalhães Arantes

Departamento de Psicologia  
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

agosto/1998



92703

250  
9463 M  
RESERVE

Para Edu, que acrescentou  
muitos acordes a minha  
composição

## Agradecimentos

À meus pais, Placínio e Lêda, por me ensinarem o valor do conhecimento;

A Esther Arantes, pela orientação, apoio e incentivo;

Aos usuários do CAPS Rubens Corrêa pela disponibilidade de compartilhar suas experiências enriquecendo as de todos;

À equipe técnica do CAPS pela extrema gentileza com que recebem todos aqueles que querem conhecer e divulgar seu belo trabalho;

A Sandra Sysak pelo carinho e a colaboração de sempre;

À equipe do Núcleo de Estudos Político-Sociais em Saúde/FIOCRUZ pela receptividade e cooperação;

Em especial a Paulo Amarante pela orientação incidental e inspiração;

À minha turma de mestrado, em especial a Aliny Sixel, Daniel Barcelos e Cristina Ventura por toda colaboração, incentivo e solidariedade;

A Laurinda Beato pelo carinho e amizade;

A Jorge Luiz Pereira, pelo projeto inicial;

E ao CNPQ pelo auxílio financeiro que possibilitou a realização do presente trabalho.

## Resumo

O presente trabalho analisa o lugar/papel social atribuído ao louco na história da psiquiatria, buscando tornar claro, no momento atual, a ruptura que a Reforma Psiquiátrica propõe ao colocá-lo – o louco – como sujeito de sua história.

As propostas da Reforma são comumente associadas à superação ou desconstrução do chamado paradigma clássico da psiquiatria. Este trabalho, portanto, considera primeiramente a noção de paradigma e sua relevância no entendimento do saber psiquiátrico.

No Brasil a formação deste paradigma incorpora diversos movimentos denominados muitas vezes de reformas. O movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira, diferente das anteriores porém, propõe agora alcançar o que as “reformas” anteriores não alcançaram e mesmo, sequer se propuseram a fazer: a superação do consenso compartilhado pela comunidade científica de que o fenômeno da loucura é algo a ser excluído de nossa sociedade.

Novos conceitos de atendimento surgem em acordo com este movimento. O Centro de Atenção Psicossocial CAPS Rubens Corrêa é um exemplo no município do Rio de Janeiro criado a partir destas novas tecnologias de cuidado. A pesquisa de campo foi realizada nesta instituição onde, além de serem entrevistados 11 de seus usuários, foram também analisados seus documentos e observado seu funcionamento.

Foi realizada revisão bibliográfica e documental além de análise de entrevistas dos usuários. Procurando contemplar a diversidade do processo, toma-se a fala desses atores sociais – os usuários – como legítima e representativa. Buscar-se-á, portanto, nela, os parâmetros daquilo que eles estabelecem como o novo em relação à realidade anterior.

Concluiu-se que, a despeito dos efetivos progressos alcançados



pelos usuários no CAPS, a Reforma é um processo longo e complexo exigindo, portanto, ainda diversos esforços para atingir um rompimento com o paradigma clássico da psiquiatria e a construção da cidadania das pessoas acometidas de algum sofrimento mental.

## Abstract

The purpose of this paper is to analyze the social place/role assigned to the insane in the history of psychiatry as it seeks to clarify the discontinuity proposed today by the *Reforma Psiquiátrica* (Psychiatric Reform) which places the mentally-handicapped as the subject of his own history.

The proposals of this *Reforma* are commonly associated with overcoming or deconstructing the so-called classical paradigm of Psychiatry. This paper, therefore, deals firstly with the paradigm itself and its relevancy in the understanding of the psychiatric knowledge.

In Brazil, the formation of this paradigm has incorporated various movements commonly referred to as *Reformas* (Reforms). The *Reforma Psiquiátrica Brasileira* (Brazilian Psychiatric Reform) movement, however, attempts to reach grounds not even conceived by the previous reforms: It attempts to overcome the scientific community's consensus that insanity should be excluded from our society.

New concepts of treatment have arisen within the framework of this movement. The *Centro de Atenção Psicossocial CAPS Rubens Corrêa* (Psychosocial Care Center Rubens Corrêa) in the Municipality of Rio de Janeiro is an example of a Mental Institution founded on the grounds of these new care technologies. The field research for this project was carried out in that Institution and involved interviews with 11 users of the Center, analysis of several of its documents, and observation of its *modus operandi*.

Besides the analysis of the interviews, a revision of the bibliography and documents was conducted. In an effort to contemplate the diversity of the process, the declarations of these social actors – the users – were taken as legitimate and authoritative. These declarations will provide the parameters for what they

considered new in relation to their previous experiences.

It has been concluded that, despite the effective progress attained by CAPS' users, the *Reforma* is a lengthy and complex process, which requires, therefore, great efforts in order to fully break with the classical paradigm of Psychiatry and provide citizenship to the mentally disabled.

**Palavras chaves**

Reforma Psiquiátrica

Paradigma Clássico da Psiquiatria

Usuários de serviço de saúde mental

Cidadania

CAPS

# Sumário

INTRODUÇÃO .....	2
PRIMEIRA PARTE – BREVE HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA – A QUESTÃO DOS PARADIGMAS E DAS REFORMAS.....	2
CAPÍTULO 1 .....	2
1.1 – <i>Sobre o uso da noção de paradigma em psiquiatria.....</i>	2
1.2 – <i>O paradigma clássico da psiquiatria.....</i>	2
CAPÍTULO 2 .....	2
2.1 – <i>O paradigma psiquiátrico no Brasil e a questão das reformas.....</i>	2
2.2 – <i>A primeira reforma: a constituição da psiquiatria no Brasil.....</i>	2
2.3 – <i>Teixeira Brandão e a apropriação médica do hospício: a segunda reforma.....</i>	2
2.4 – <i>Anormalidade e degenerescência: a terceira reforma.....</i>	2
2.5 – <i>Reformas assistenciais: a “explosão” dos hospitais públicos.....</i>	2
CAPÍTULO 3 .....	2
3.1 – <i>Reforma Psiquiátrica Brasileira .....</i>	2
3.2 – <i>O município do Rio de Janeiro.....</i>	2
SEGUNDA PARTE – A PESQUISA.....	2
CAPÍTULO 4 .....	2
4.1 – <i>Centro de Atenção Psicossocial de Irajá – CAPS Rubens Corrêa: breve histórico.....</i>	2
4.2 – <i>Funcionamento.....</i>	2
4.3 – <i>Os usuários do CAPS.....</i>	2
4.4 – <i>A inserção do pesquisador no CAPS.....</i>	2
CAPÍTULO 5 .....	2
5.1 – <i>Entrevistas.....</i>	2
5.2 – <i>Estrutura das entrevistas.....</i>	2
5.3 – <i>Análise das entrevistas.....</i>	2
CONCLUSÃO .....	2
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	2

## INTRODUÇÃO

A idéia desta dissertação surge dentro de um processo que começa bem antes do Curso de Mestrado em Psicologia Clínica.

Este processo se inicia a partir do exercício, por quase dois anos, do cargo de psicóloga em uma clínica psiquiátrica privada considerada modelo no Estado do Rio de Janeiro. Essa contratação deu-se em função da necessidade do aumento do número de profissionais técnicos de nível superior pois a clínica estava, então, pleiteando junto ao Ministério da Saúde sua promoção para Psiquiatria 4<sup>1</sup>.

Já há alguns anos a clínica vinha passando por mudanças em sua estrutura e programa de atendimento aos pacientes. Oferecia, nesta época, 120 leitos destinados à internação além de atendimento ambulatorial psiquiátrico diário aberto à população local. Seu programa básico de internação era de "Enfermaria de portas abertas", o que significava, na prática, que o Pavilhão de Enfermarias onde ficavam os 120 leitos permanecia aberto durante todo o dia, tendo os pacientes livre acesso ao pátio, quadra de esportes e sala de terapia ocupacional. Não podiam, entretanto, sair dos limites da clínica.

No início do ano de 1994 a direção da casa sugeriu que a equipe técnica de nível superior estruturasse um projeto para implantação de um serviço de Atenção Diária - Hospital-dia. Começava-se, nesta época e neste lugar, a se falar de uma "tal" Reforma Psiquiátrica que - parecia - iria levar à "modernização" dos serviços. Após algumas leituras sobre estrutura e funcionamento de Hospitais-dia além de

---

<sup>1</sup> O Ministério da Saúde classifica clínicas psiquiátricas privadas em Psiquiatria 1, 2, 3 e 4. A promoção dentro desta classificação é baseada tanto em critérios físicos da clínica (espaço dos quartos e armários para pacientes) quanto em critérios técnicos (programa de trabalho e número de profissionais para cada grupo de pacientes). A promoção de uma categoria a outra implica também no aumento do valor pago pelo SUS pelas AIHs (Autorização de Internação Hospitalar).

visitas à instituições congêneres na cidade do Rio de Janeiro, estruturou-se um projeto para tratamento de 30 pacientes em regime de hospitalização parcial. Nesse projeto os pacientes permaneceriam durante o dia na clínica, recebendo medicação, alimentação, participando de atividades expressivas e profissionalizantes e retornando, ao fim da tarde, para suas residências.

O principal objetivo deste novo serviço era “ressocializar” o doente mental, reintegrá-lo à comunidade. Sustentando-se na proposta de um processo terapêutico que não excluísse o paciente de seu círculo de convívio social o serviço pretendia fornecer meios para que os pacientes pudessem construir sua autonomia e, assim, integrarem-se (ou reintegrarem-se) na comunidade. Ao deixar de ser tutelado pela instituição, como se dava anteriormente, pretendia-se que o sujeito se tornasse autor de sua história, capaz de tomar suas próprias decisões. Obedecendo a este ideário, o Hospital-dia foi inaugurado no mês de novembro de 1994 em um prédio construído dentro do terreno onde funcionava também o pavilhão das enfermarias.

O advento da Psiquiatria 4 e do Hospital-dia gerou mudanças tanto físicas (como por exemplo maior limpeza e espaço) quanto de comportamento (dos profissionais e pacientes) dentro da Clínica. Estas mudanças haviam produzido um local mais humanizado. Percebia-se, porém, após algum tempo, que a qualidade das relações que se estabeleciam entre pacientes e técnicos – mesmo dentro do novo serviço/Hospital-dia – permanecia quase inalterada quando comparada à qualidade das relações estabelecidas com os pacientes da internação. Os técnicos mantinham a mesma relação de autoridade de antes, parecendo querer inculcar limites e normas capazes de torná-los, pacientes, mais adaptados ao convívio social, o que significaria finalmente uma suposta “cura”. A equipe supunha saber e estar apta a decidir sobre “o melhor para o paciente” – quais atitudes tomar para uma melhor qualidade de vida deste.

Como, dentro deste modelo, poderia estar sendo construída a autonomia do sujeito? O que chamava particular atenção era a manutenção da relação de dependência dos pacientes para com a instituição. Os progressos na “ressocialização” demonstrados pelos pacientes (retorno aos estudos, possibilidade de freqüentar lugares públicos, passear em um *shopping*), apesar de significativos, estavam relacionados e eram fomentados pela instituição. Por exemplo: através de um acordo da clínica com a Secretaria Estadual de Educação os pacientes participaram de um programa de Supletivo de 1º e 2º grau. Estudavam, assim, com a pedagoga da equipe no Hospital-dia realizando as provas na Secretaria. Enquanto o vínculo com a instituição era fortalecido, não se verificava, em contrapartida, grandes mudanças em termos de vínculos com a comunidade.

Outro fato que chamava a atenção era que a equipe chamada exaustivamente de multidisciplinar – o que supunha profissionais de diferentes áreas trabalhando em igual grau de importância e saber – ainda que fisicamente reunida, era subjugada ao saber médico que controlava entradas e altas hospitalares utilizando-se exclusivamente de seus critérios médicos/sintomatológicos. Critérios como vida afetiva e vínculos sociais eram, muitas vezes, considerados de menor importância. Aos demais profissionais cabia a tarefa de “colaborar”, ouvindo o sujeito em tratamento. Valia a crença, mesmo que não explicitada, de que

*“Por qualificação técnica o psiquiatra encontra-se investido de autoridade para gerir e supervisionar os membros da equipe, nos domínios clínicos e terapêuticos.” (Queiroz Filho, 1993:473)*

Não havia, entretanto, interlocutores nesta instituição para a discussão destas questões. Fazer parte da equipe significava estar diante de um dilema: de acordo com a nova proposta de “ressocialização” era preciso fornecer meios através dos quais os pacientes pudessem construir sua autonomia, tornarem-se sujeitos.



Como fazê-lo, porém, dentro de uma instituição que se percebia funcionando ainda nos moldes de uma Instituição Total<sup>2</sup>?

De várias formas, portanto, os discursos sobre ressocialização não estavam mais sendo suficientes. Era preciso procurar respostas, conhecer os limites entre o discurso e a prática da Reforma Psiquiátrica.

O Mestrado serviu como campo para explorar estas questões e entender que o Movimento de Reforma Psiquiátrica propõe o rompimento com a idéia naturalizada de que o manicômio é o local da loucura e, mais do que isso, repensa sua posição social. E que, através deste reposicionamento, o louco/usuário passa a ter papel fundamental sendo, sua voz, indispensável para o entendimento desta questão de forma realmente abrangente.

É com o objetivo de, por um lado contemplar esta nova realidade, e por outro fornecer dados para reflexão sobre as novas terapias e formas de atendimento, que julga-se relevante a realização do presente estudo.

O objetivo da dissertação é portanto, analisar o lugar/papel social atribuído ao louco na história da psiquiatria, buscando tornar claro, no momento atual, a ruptura que a Reforma Psiquiátrica propõe ao colocá-lo - o louco - como sujeito de sua história.

A fim de atender a esse objetivo geral foi utilizada uma estrutura de dissertação em duas partes onde a primeira, com três capítulos, diz respeito à contextualização histórica da psiquiatria - a questão dos paradigmas e suas reformas, e a segunda, que começa no CAPÍTULO 4, trata da pesquisa de campo e suas conclusões.

---

<sup>2</sup> Refiro-me aqui ao conceito de Goffman (1961) "Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada" (p.11)

## **CAPÍTULO 1**

As propostas da Reforma Psiquiátrica têm sido relacionadas a uma superação e/ou desconstrução do paradigma clássico da própria psiquiatria. Apesar disso, não são encontrados, normalmente, autores que explicitem em que sentido estão usando o termo paradigma. Acredita-se porém que os autores da Reforma se referem, de forma geral, ao conceito estabelecido por Thomas Kuhn (1978) e às implicações que dele decorrem. Será abordado brevemente portanto, neste capítulo, o conceito de paradigma através desse autor, para então relatar a constituição do paradigma clássico da psiquiatria. Tornar-se-ão, assim, mais explícitas as motivações que a Reforma tem para superá-lo.

Tomando como referencial o conceito de paradigma de Kuhn, é possível perceber como a constituição de um determinado paradigma sobre a loucura em um determinado momento e contexto da cultura ocidental organizou-se e centralizou as diversas concepções sobre a mesma, inscrevendo-a no registro médico, passando – a loucura – a ter, definitivamente o caráter de doença mental. Este paradigma determinou a forma da sociedade lidar com os então definidos, doentes mentais por mais de duzentos anos. Considerados alienados, sem Razão, aos loucos cabia somente o lugar de exclusão. Perigosos para si próprios e para a sociedade, eram entretanto dignos de pena pois não eram responsáveis por seus atos. Sendo assim, nada mais correto do que destinar-lhes um local seguro, onde pudessem ser “tratados” e ao mesmo tempo estivessem longe da comunidade: o hospital.

## **CAPÍTULO 2**

Será abordada a constituição do paradigma da psiquiatria no contexto brasileiro.

A psiquiatria no Brasil estabeleceu-se nos mesmos moldes que a constituíram na Europa. A história, porém, nos fornece dados

singulares que serão discutidos e aprofundados neste capítulo.

É importante ressaltar que não será feita uma descrição de fatos mas a análise de um processo que terá como fio condutor o conceito de reforma, aspecto sempre presente na história do Brasil. Dentro dessas reformas será analisado em destaque o papel reservado aos doentes mentais; de que forma essas mudanças se propunham a “melhorar” suas condições de vida e tratamento. Este capítulo chegará até o atual Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

### **CAPÍTULO 3**

Ocupar-se-á da Reforma Brasileira e dos novos serviços de atenção psicossocial, como são chamados os que se propõem a viabilizá-la junto aos usuários. Como destaque especial deste capítulo, tratar-se-á de explicitar de que forma a atual Reforma se difere das últimas reformas relacionadas no capítulo anterior na medida em que propõe uma superação do paradigma clássico da psiquiatria e a construção de um novo espaço social para o louco.

Ainda neste capítulo será apontado que esta mesma reforma atual, iniciada por volta da década de 1970, já passou por fases heterogêneas e vem também sendo reformulada.

### **CAPÍTULO 4**

Será aqui considerado o serviço em saúde mental escolhido para esta pesquisa – Centro de Atenção Psicossocial Rubens Corrêa (CAPS Rubens Corrêa) – criado em 1996.

Mesmo sem a intenção de avaliar o serviço em si, julga-se fundamental para a pesquisa a descrição da história de sua criação e seu modo de funcionamento atual. Além disso é também descrita a inserção do pesquisador no campo de pesquisa. Acredita-se que isto constitua fato importante para entendimento da postura e da proposta da instituição. Esses são importantes dados para contextualizar a análise das entrevistas que foram realizadas. É explicitado assim, a que

região e população o CAPS Rubens Corrêa atende, como é realizada a triagem de seus usuários e qual é a proposta de trabalho. É importante relacionar e analisar também o número de profissionais e as atividades que são realizadas dentro da instituição.

### **CAPÍTULO 5**

É descrita a técnica de entrevista usada na coleta de dados e sua estrutura final. São analisadas as 11 entrevistas realizadas com usuários do CAPS Rubens Corrêa e indicados os principais pontos a serem comentados durante o próximo capítulo.

### **CONCLUSÃO**

Na conclusão trata-se de chamar a atenção para o fato de que, embora na percepção subjetiva dos sujeitos/usuários exista uma melhora significativa nesta nova modalidade de tratamento, em relação aos anteriores, a Reforma é um processo mais amplo que implica em mudanças que envolvem toda a sociedade. De qualquer forma são ressaltadas as conquistas do CAPS Rubens Corrêa nestes dois anos de sua existência.

## PRIMEIRA PARTE - Breve história da psiquiatria - a questão dos paradigmas e das reformas

### *CAPÍTULO 1*

#### **1.1 - Sobre o uso da noção de paradigma em psiquiatria**

O campo do saber psiquiátrico não constitui um espaço unitário norteado por critérios e práticas consensuais. É um espaço onde múltiplos saberes e práticas soam, como em uma composição atonal, de forma nem sempre harmônica. Pode-se compreender seu objeto - a loucura - através de variados referenciais, sejam eles psicanalíticos, orgânicos etc. Ainda assim, alguns autores acreditam poder falar em paradigma, referindo-se tanto ao "paradigma clássico da psiquiatria", vigente até o momento e com o qual se deseja romper, quanto ao que seria o "novo" paradigma, sempre associado à questão da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Alguns textos, como o de Barros (1994), dedicam todo um capítulo ao tema do nascimento do paradigma psiquiátrico. O primeiro Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro (20 a 23 de novembro/96) intitulou-se "Paradigmas da Atenção Psicossocial". Pereira (1997) diz, em seu artigo, nos anais desse Congresso: "A desinstitucionalização (proposta pela Reforma) é encarada, nesta perspectiva, como movimento de dentro para fora, implicando ruptura de paradigmas secularmente reforçados." (p.334). Poder-se-ia citar um grande número de referências à paradigma em textos sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

O que está se falando quando se referem à paradigma?

O termo paradigma começou a ser utilizado em estudos sobre a ciência a partir de 1962 com a publicação do livro de Thomas Kuhn "A

Estrutura das Revoluções Científicas”.

O próprio Kuhn relata porém, no posfácio deste mesmo livro, que uma leitora simpatizante sistematizou um índice analítico parcial e concluiu que o termo é usado no livro de pelo menos vinte e duas formas distintas. Foram tantas as aplicações que Kuhn relata em obra posterior – “A Tensão essencial” (1977) – ter ficado feliz pelo fato do livro ter sido muito lido, mas que as diversas formas em que o termo foi empregado fizeram-no pensar que cada pessoa havia lido um texto diferente.

Acredita-se, de qualquer forma, que seja importante a explanação sobre sua teoria e as implicações possíveis dentro da Saúde Mental, visto que faz parte dos objetivos dessa dissertação o entendimento do que significa ruptura com paradigma.

O termo paradigma foi exaustivamente trabalhado por Kuhn (1978) em seu livro e, dentre as diversas definições acima mencionadas, uma das mais aceitas é a que define paradigma como:

*“[...] as realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência.” (p.13)*

Pode-se entender, a partir desta fala do autor, e, mais especificamente através do posfácio deste mesmo livro, que no conceito de paradigma está sempre imbricado o de comunidade científica. Um paradigma governa, em primeiro lugar, não um objeto de estudo, mas um grupo de praticantes da ciência.

*“Um paradigma é aquilo que os membros de uma comunidade partilham e, inversamente, uma comunidade científica consiste em homens que compartilham um paradigma.” (Kuhn, 1978:219)*

O processo se dá da seguinte forma: inicialmente, no que Kuhn denominou de período Pré-paradigmático, existe uma profusão de teorias e especulações a respeito de determinado fenômeno da

realidade. As diversas "escolas" brigam pela soberania de seu saber – até que uma dessas escolas vence a luta e instaura um novo paradigma que, a partir de então, passará a nortear todas as pesquisas sobre aquele assunto. As divergências desaparecem quando instaura-se o paradigma. Kuhn ressalta que, para ser aceita como paradigma, uma teoria não precisa explicar todos os fatos com os quais pode ser confrontada, mas deve parecer melhor do que suas competidoras.

O paradigma de uma ciência desta forma, por mais que possa parecer, não fecha questões para esta ciência: é uma teoria a ser melhor articulada e precisada em condições novas ou mais rigorosas.

A comunidade científica passa agora a praticar a chamada ciência normal, que para Kuhn é um empreendimento que tenta forçar a natureza a encaixar-se dentro dos limites preestabelecidos e relativamente inflexíveis fornecidos pelo paradigma. A pesquisa científica normal está dirigida para a articulação daqueles fenômenos e teorias já fornecidos por este paradigma. Isso cria um foco de atenção que é investigado com profundidade e detalhe que garante o desenvolvimento da ciência – o que não seria possível com a amplitude de visões de um período Pré-paradigmático.

O paradigma estabelecido orienta as pesquisas e promove a sua própria manutenção através da prática da educação científica. A própria comunidade científica se encarrega de educar seus novos membros dentro da "cartilha" do paradigma, seus manuais, conferências, exercícios de laboratório. É o que Oliva (1994) chama de pedagogia Kuhniana.

*"De acordo com essa concepção, uma comunidade científica é formada pelos praticantes de uma especialidade científica. Estes foram submetidos a uma iniciação profissional e a uma educação similares, numa extensão sem paralelos na maioria das outras disciplinas."*  
(p.220)

A prática da ciência não busca descobrir novidades no terreno

dos fatos ou da teoria, na verdade, quando é bem sucedida não as encontra. Isto é, vivendo dentro de um paradigma, o cientista pouco se empenha em inventar outras teorias ou descobrir novidades desconcertantes. Se mostra ao contrário, pouco tolerante com propostas alternativas ao seu habitual trabalho de pesquisa.

A descoberta começa com a consciência do que Kuhn denominou de anomalia, isto é, com o reconhecimento de que, de alguma maneira, a natureza violou as expectativas paradigmáticas. Segue-se então um aprofundamento nesta área, onde aconteceu a anomalia e a pesquisa só se encerra quando esta for ajustada, adequada à teoria do paradigma.

Há porém, algumas anomalias que não conseguem ser ajustadas ao paradigma. E o fracasso repetido na tentativa de ajustar uma anomalia pode induzir à emergência de uma crise. Essa crise abala as estruturas do paradigma e leva a comunidade à Revolução Científica. Estas são, para Kuhn, episódios de desenvolvimento não cumulativo nos quais um paradigma mais antigo é total ou parcialmente substituído por um novo, incompatível com o anterior.

A ciência amadurecida se desenvolve, segundo esse referencial, através da transição sucessiva de um paradigma a outro, por meio de uma revolução.

*“Revolução: trata-se de uma luta cujo desfecho determinará o modo de ver – a visão de mundo – do vencedor. E como um modo de ver se vincula a um modo de viver, a mudança de paradigma equivale praticamente a abraçar uma nova forma de vida” (Oliva, 1994:95)*

De modo genérico, poderia ser dito que o paradigma estabelece uma concepção de mundo adotada por toda uma comunidade científica. Esta mesma comunidade, a fim de preservar as suas bases de conhecimento, tenta suprimir eventuais novidades que possam subverter seus compromissos. Quando, entretanto, essas novas investigações desorientam e abalam as estruturas deste paradigma, é



chegada a hora da Revolução Científica e da instauração de um novo paradigma.

Será possível entender esses "paradigmas" vários que têm sido usados nos discursos e livros sobre Saúde Mental de acordo com a noção do paradigma Kuhniano? Os problemas que decorrem dessa pergunta são vários. Kuhn estava falando sobre ciências que ele chamava de maduras, que o remete basicamente à física.

A psiquiatria, apesar da tentativa de se estabelecer como ciência (transferindo conceitos e métodos considerados úteis no tratamento de doenças físicas para o campo dos distúrbios emocionais e comportamentais), não possui, assim como outras ciências sociais e humanas, um estatuto bem delimitado em termos epistemológicos embora tenha conseguido ser reconhecida socialmente como ciência ao longo dos anos.

Kuhn (1978) se refere a diferenças muito significativas entre as ciências sociais e as ciências da natureza. Existem diferenças de formação, de pesquisa e de função social que são muito claras.

*"Permanece em aberto a questão a respeito de que áreas da ciência social já adquiriram tais paradigmas (paradigmas universalmente aceitos). A história sugere que a estrada para um consenso estável na pesquisa é extraordinariamente árdua" (p.35).*

Segundo Jesus de Paula Assis (em artigo na Folha de São Paulo de 13 de abril de 1997) uma vez que se empregue o termo paradigma para atividades diferentes da física, chega-se a conclusão de que elas são poliparadigmáticas (ainda que Kuhn não usasse esse termo). Ou seja, existem grupos de praticantes de uma disciplina que se reconhecem mutuamente como sociólogos, antropólogos, psicólogos etc, mas não compartilham das mesmas teorias, nem têm valores comuns de julgamento de resultados.

Kuhn relata ainda mais: na maioria das ciências sociais, e neste

caso ele trata especialmente da medicina e teologia, existe uma demanda exterior, uma razão de ser exterior, que faz com que a solução dos problemas seja mais demorada. Os cientistas sociais tendem a defender a escolha de um objeto de pesquisa principalmente em termos de sua relevância social.

Kuhn não estava entretanto, tentando estabelecer os critérios específicos que diferenciariam uma ciência de uma não-ciência. Sua análise se limita a mostrar como tem sido construída historicamente a cientificidade.

*“Diferentemente dos meus críticos atuais, e nesse caso particular incluo Lakatos, não reivindico terapêutica alguma capaz de auxiliar na transformação de uma protociência numa ciência. Tampouco suponho que se possa obter alguma coisa nessa direção.” (Kuhn apud Oliva, 1994:74)*

A partir do que foi exposto, observa-se como o uso da noção de paradigma em psiquiatria torna-se problemático. No entanto, neutralizando-se a questão epistemológica, acredita-se possível trabalhar com o conceito de paradigma para a Saúde Mental, no seu sentido de consenso compartilhado por uma comunidade científica. É neste sentido que será abordada aqui a história da psiquiatria e a nova proposta de ruptura ou superação paradigmática referida pela Reforma.

Acredita-se que quando os autores e atores do processo de Reforma Psiquiátrica se referem ao “paradigma clássico da psiquiatria” estão se referindo a esse compromisso compartilhado, consensual, entre a comunidade científica sobre o fenômeno da loucura, que tenha se estabelecido em determinado momento e contexto da cultura ocidental – mais do que propriamente à cientificidade ou não de suas teorias psiquiátricas.

Compromisso esse que organizou e centralizou as diversas concepções e práticas existentes sobre e para com a loucura – inscrevendo-a no registro médico, passando – a loucura – a ser

reconhecida como doença mental. Esse paradigma determinou também o modelo de assistência prestada aos agora definidos doentes mentais por mais de duzentos anos. E é exatamente esse consenso que está sendo posto em xeque, questionado-se sua autoridade e competência para “solucionar” a complexidade da loucura humana.

Independentemente do estatuto epistemológico de suas teorias, a psiquiatria forneceu, desde seu nascimento por volta do final do século XVIII, respostas à questões de ordem pública e política que a loucura colocava— daí o seu sucesso e permanência. “O louco foi circunscrito, isolado, individualizado, patologizado por problemas econômicos, políticos e assistenciais e não por exame médico”. (Machado, 1982:91)

Anterior à psiquiatria, havia uma proliferação de enfoques sobre a loucura. Somente no século XVIII surge uma unificação desses enfoques com o nascimento do asilo e da psiquiatria.

Propõe-se agora explicitar como se deu a constituição desse paradigma através da história da loucura.

## 1.2 - O paradigma clássico da psiquiatria

A “essência”<sup>3</sup> da loucura, se assim se pode dizer, é largamente desconhecida pelos homens. Remetendo-nos a sua história, observamos que o mundo ocidental já a acolheu de diversas formas.

Aprisionada e hostilizada na Idade Média, a loucura conheceu

---

<sup>3</sup> A referência básica dessa história é a obra de Michel Foucault - História da Loucura na Idade Clássica. Não é intenção desse trabalho aventurar-se pelos meandros da questão sobre a existência da loucura enquanto objeto natural. Pensar “*A loucura antes da história*” como faz Frayze-Pereira (in Ribeiro, 1985) requer um estudo aprofundado e diferenciado do que vem sendo tratado até o momento.

diferentes leituras como feitiçaria, magia, etc. O que não podia ser compreendido não era obra de Deus – fundamento de todas as verdades.

O Renascimento trouxe mudanças para a relação do homem com o divino e com isso uma maior permissividade quanto ao diferente. A loucura era então entendida como uma experiência humana, cotidiana, que procurava ser exaltada e não dominada. “O fim do século XV é certamente uma destas épocas em que a loucura renova-se com os poderes essenciais da linguagem.” (Foucault, 1994: 77). Há festas populares promovidas por associações de loucos e uma profusão de obras iconográficas e literárias. A loucura podia falar sobre si e era ouvida em diversos meios. Foucault relata a existência de “loucos” famosos que tinham público culto sempre pronto a lhe ouvir. Alguns, como Bluet d'Arbère escreveram livros que são publicados e lidos como obras de loucura.

*“Há as festas populares em torno dos espetáculos dados pelas “associações de loucos”, como o Navio Azul em Flandres; há toda uma iconografia que vai da Nave dos loucos de Bosch, a Breughel e a Margot a louca; há também os textos sábios, as obras de filosofia ou crítica moral, como a Stultifera Navis de Brant ou o elogio da loucura de Erasmo.” (Foucault, 1994: 77)*

Mesmo sob esta “permissividade”, aprisionar e/ou excluir os insensatos era prática comum também durante o Renascimento, assim como o era na Idade Média. Estava porém, relacionada mais a uma exclusão comum de diversas formas de miséria. A loucura não era encarada como doença e não tinha a característica de periculosidade, só merecendo atenção na medida em que perturbasse a ordem pública.

A partir de meados do século XVII ocorre uma nova mudança: o mundo da loucura torna-se o mundo da exclusão.

Esta é a época dos famosos Hospitais Gerais<sup>4</sup>, que obviamente não tinham nenhum caráter médico, mas de exclusão. É o período definido por Foucault (1978) como a “Grande Internação” – fato maciço cujos indícios são encontrados em toda a Europa do século XVIII. Este internamento se fez “necessário” em função da constituição dos Estados Nacionais europeus e como consequência à necessidade de organizar e valorizar o trabalho, reprimindo de forma exemplar a ociosidade. O século XVII tem como característica a criação dessas grandes casas de internação.

*“No decorrer de um século e meio – entre a metade do século XVII e todo o século XVIII – foram internados, sem critérios precisos, indigentes e vagabundos, homossexuais, epiléticos, sífilíticos e, sobretudo, loucos.” (Barros, 1994:31)*

*A loucura “entra num tempo de silêncio do qual não sairá durante um longo período; é despojada de sua linguagem; e se se pôde continuar a falar dela, ser-lhe-á impossível falar de si mesma.” (Foucault, 1994: 79)*

O século XVIII porém, depois de acompanhar essa tendência, surge com outras questões produzidas pelo nascimento do período industrial: é preciso separar o joio do trigo, a indústria necessita de trabalhadores, portanto é preciso que se separe os miseráveis capazes dos incapazes de produzir.

É a partir do século XVIII que começam a se estruturar as sociedades burguesas, sociedades contratuais. Nestas, o contrato reza que o Estado respeite a liberdade dos cidadãos, a propriedade privada e as leis de mercado e, em contrapartida, os seus membros devem mantê-la de acordo com suas normas preestabelecidas. O louco resiste, todavia, a esse contrato a tal ponto que, para inscrevê-lo na nova

---

<sup>4</sup> Estes Hospitais não eram estabelecimentos médicos. Eram estruturas semijurídicas, espécie de entidades administrativas que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decidiam, julgavam e executavam “condenações.”

ordem social, será preciso impor-lhe um estatuto diferente para complementar aquele que rege a totalidade dos cidadãos.

A nova ordem social burguesa depara-se com o impasse que é a loucura: ao mesmo tempo “perigosa” e “lastimável”, pois ao mesmo tempo que transgride as leis, não é responsável por seus atos. Ela merece ser portanto, reprimida de forma diferente dos que voluntariamente transgridem as leis.

*“Insensato, ele não é sujeito de direitos, irresponsável, não pode ser objeto de sanções; incapaz de trabalhar ou de ‘servir’, não entra no circuito regulado pelas trocas, essa ‘livre’ circulação de mercadorias e de homens à qual a nova legalidade burguesa serve de matriz. Núcleo de desordem, ele deve ser reprimido, porém, segundo um outro sistema de punições do que o ordenado pelos códigos para aqueles que voluntariamente transgridem as leis.” (Castel, 1978:19)*

A resposta a essas contradições foi a medicina mental. Esta agora tem a função de “tratar” e não mais excluir simplesmente. A exclusão é nesse momento, fundamentada cientificamente e ganha o status de tratamento, é um ‘remédio’ para devolver ao louco sua razão perdida.

A medicina mental estabelece-se como paradigma e passa a nortear as pesquisas, os métodos de tratamento e a definir o que é a loucura. Como diz Foucault (1978) sobre as intenções de Pinel ao libertar os alienados:

*“[...] constituição de um domínio onde a loucura deve aparecer numa verdade pura, ao mesmo tempo objetiva e inocente, mas constituição desse domínio sobre um modo ideal [...]” (p.467)*

Figuras mitológicas como Pinel na França, e Samuel Tuke na Inglaterra, que fazem parte do que Castel chamou de Hagiografia<sup>5</sup> Psiquiátrica, libertam os loucos das correntes mas os aprisionam

---

<sup>5</sup> Hagiografia: biografia dos santos

dentro de um saber e dentro dos asilos.

*"É entre os muros do internamento que Pinel e a psiquiatria do século XIX encontrarão os loucos; é lá - não nos esqueçamos que eles os deixarão, não sem antes se vangloriarem por terem-nos 'libertado'."*  
(Foucault, 1978:426)

O médico, figura que não tinha qualquer valor na vida dos antigos internamentos, passa agora a ser a figura central do asilo. E o médico não é essencial devido ao seu corpo de conhecimentos objetivos. Não é ainda como cientista que ele é reconhecido, mas pela sabedoria, sua figura da ordem, da moral e da família. É na qualidade de médico que se supõe que ele esteja carregado desses poderes. Ele é o modelo de razão que deverá ser interiorizado pelo louco.

A figura de Pinel foi definitivamente importante neste momento como operadora prática e eficaz da nova política de organização da sociedade burguesa emergente. Era preciso que o asilo funcionasse em harmonia com a nova sociedade e com os ideais positivistas e racionalistas que se impuseram como visão de mundo a partir do século XVIII.

*"Pinel sistematizou as três dimensões da prática psiquiátrica cuja articulação vai constituir a síntese alienista: classificação do espaço institucional, arranjo nosográfico das doenças mentais, imposição de uma relação específica de poder entre médico e doente, o tratamento moral"* (Castel, 1978:81)

Pinel esquadrinha o asilo e organiza os loucos em diversas alas de acordo com seus sintomas. Essa classificação da população dá ao alienismo um caráter, ou aparência de ciência nos moldes positivistas. O asilo passa a ser um lugar excepcional para observação, o que promoveria o avanço tecnológico.

Essa nova tecnologia baseia-se em três operações que fundam a prática asilar:

I) Isolamento terapêutico: tirar o louco do mundo exterior ao

asilo, onde sua doença encontraria lugar para expressar sua desordem. A internação em um local ordenado e disciplinado seria a única maneira do louco voltar à razão que ele perdeu. O papel do isolamento é reduzir a loucura à sua verdade.

II) A imposição de regras imutáveis dentro do ambiente asilar: baseado na necessidade de ruptura com o mundo exterior, deduz-se a necessidade complementar de construir, a partir do zero, um novo laboratório social no qual toda a experiência humana pudesse ser reprogramada.

III) A relação de autoridade só pode operar-se através da interiorização, pelo alienado, de uma vontade racional. É uma luta entre um polo 'razão' e um pólo 'não-razão'.

O paradigma psiquiátrico se estabelece no mundo ocidental em acordo com uma sociedade burguesa emergente. Porque, como diz Hochman (1994) referindo-se aos estudos de Bourdieu (1983): "A comunidade (científica) está longe de ser neutra, cooperativa, indiferenciada, desinteressada e universalista." (p.211)

A assunção de um paradigma está profundamente relacionada com a sociedade na qual a comunidade se insere. E, no caso que está se tratando, a psiquiatria e o asilo surgem como "soluções" modelares para resolver as dificuldades trazidas pela alienação numa sociedade, agora racionalista, que tem que ser capaz de dar uma resposta a esse enigma. A cura através da razão inculcada pelo médico cientista, dentro do asilo, é uma resposta. "É para o bem da verdade e da razão, ideais do século XIX, que a loucura deve ser desmascarada, tratada e banida." (Pontes, 1995:40)

A psiquiatria nascente vincula seu destino ao da Instituição totalitária.

Em 1838 o Parlamento francês aprova a primeira lei européia sobre os doentes mentais. Esta viria a reforçar também o aspecto de



“periculosidade” do louco, reforçando de certo modo, a necessidade do asilo e colocando em segundo plano o sujeito que sofre. Como diz Barros(1994)

*“A definição legislativa reforçou o aspecto de periculosidade e de ordem pública que envolvem a psiquiatria desde o seu início, colocando entre parênteses a miséria e a indigência e esquecendo o sofrimento do indivíduo, o elemento determinante no processo que havia feito a distinção entre loucura e criminalidade.” (p.35)*

A psiquiatria toma o asilo como centro de sua intervenção a partir do século XVIII na Europa. O paradigma psiquiátrico se estabelece mesmo não conseguindo dar respostas a tudo que é confrontado e eleva a figura do médico a uma posição fundamental como articulador e mantenedor do paradigma.

Constituída como ciência médica, a psiquiatria estabelece com a loucura uma relação de objeto. Ao médico cabe descrever, classificar, tratar e curar, não necessitando de nenhuma informação de seu paciente. A este último cabe aquiescer, controlar suas paixões e internalizar a razão que o médico (representante da sociedade) lhe oferece. É o monólogo da razão sobre a loucura. Ao louco nada resta dizer, suas palavras são desconsideradas, avaliadas como sintomas a serem classificados numa nosografia.

*“[...] quando o pensamento clássico deseja interrogar a loucura naquilo que ela é, não é a partir dos loucos que ele o faz, mas a partir da doença em geral. A resposta a uma pergunta como: ‘Então, que é a loucura?’ é deduzida de uma análise da doença, sem que louco fale de si mesmo em sua existência concreta. O século XVIII percebe o louco, mas deduz a loucura. E no louco o que ele percebe não é a loucura, mas a inextricável presença da razão e da não-razão. E aquilo a partir do que ele reconstrói a loucura não é a múltipla experiência dos loucos, é o domínio lógico e natural da doença, um campo de racionalidade.” (Foucault, 1978: 187)*

O louco ganha o status de doente mental e é revestido de um

ideal humanístico e científico e perde neste mesmo momento, a sua voz.

## CAPÍTULO 2

### 2.1 – O paradigma psiquiátrico no Brasil e a questão das reformas

Sem dúvida, no Brasil, a psiquiatria se estabeleceu nos moldes do que a constituiu na Europa. A história nos fornece dados singulares porém, que serão discutidos e relacionados com o estabelecimento do paradigma clássico da psiquiatria.

Far-se-á uma periodização do nascimento e movimento da psiquiatria e de suas reformas, desde seu advento como disciplina a qual cabe a tutela da loucura.

*“Vale dizer que, desde o surgimento da psiquiatria enquanto disciplina específica, se pensa e se fala em reforma da psiquiatria, embora sob outros títulos, sob outras concepções.” (Amarante, 1996:15)*

### 2.2 – A primeira reforma: a constituição da psiquiatria no Brasil

No Brasil a primeira referência considerando o louco como doente mental é encontrada no Relatório da Comissão de Salubridade da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro em 1830. O problema dos alienados e a necessidade de “(...) hum tratamento physico e moral bem dirigido (...)” (p.79) é considerado juntamente com a questão dos afogamentos em uma cidade marítima; o Recolhimento das Órfãs e a presença de cemitérios dentro dos limites da cidade. Era, sem dúvida, um problema de saúde pública, mas ainda não merecia destaque maior.

No livro “Cidadelas da Ordem”, Cunha descreve como a população da cidade do Rio de Janeiro convivia com a loucura que era,

às vezes, objeto de temor, às vezes objeto de chacota das crianças mas não, necessariamente, objeto de preocupação e inquietação. Quando reconhecidos pela comunidade como elementos perigosos, os loucos eram confinados nos porões da Santa Casa de Misericórdia, que funcionava no Brasil como os grandes Hospitais Gerais da Europa, ou seja, enclausurando todos os rejeitados pela sociedade. Não havia ainda um saber hegemônico sobre a loucura. Várias explicações existiam para os diferentes personagens da loucura. Cunha (1989) cita o cronista Mello M. Filho que em *Festas e tradições populares do Brasil* no início do século, descreve diversos tipos populares que eram aceitos com tolerância, protegidos espontaneamente pela população das cidades, objetos às vezes de forte apreço popular. Tipos como o “Não-Há-de-Casar-se” que tinha obsessão de casar-se com moça rica, ou a “Forte Lida” que era a figura trágica de uma viúva de meia-idade, figuras estas que viviam pelo centro da cidade do Rio de Janeiro.

Até pelo menos o último quartel do século XIX, segundo Cunha (1989), a loucura era mais um espetáculo cujos papéis representados eram capazes de diferenciar a loucura da não loucura sem, no entanto, excluir a possibilidade de convivência.

*“[...] percorrendo outras páginas do mesmo cronista, percebemos a existência de muitas figuras públicas e populares que carregavam a mesma marca da “vesânia” e viviam livres, soltas nas ruas, incorporadas à paisagem urbana, aos costumes populares e ao cotidiano da cidade no século XIX: loucos de todos os matizes sociais que compunham uma rica galeria de “tipos de rua”, como os chama o próprio cronista, e não de internos dos hospícios.” (p.9)*

Sem ser apropriada por nenhum saber específico, a loucura transitava pelas cidades.

Em seu texto de 1835, intitulado “Reflexões acerca do transito livre dos doidos pelas ruas da cidade do Rio de Janeiro”, Dr. J. F. Sigaud, começa a questionar o posicionamento do Estado e da

população frente ao problema que ele considerava grave: a loucura. Dr. Sigaud pede, repetidamente, que se criem estabelecimentos destinados aos alienados, que lhes retirem dos porões da Santa Casa e ao mesmo tempo dêem, aos familiares, o alívio do fardo representado por seu membro acometido de tamanha desgraça.

*“No interesse das famílias, e para a tranquilidade domestica, huma casa especial consagrada á recepção e tratamento dos doidos, faria importantes serviços. No interesse da moral publica a reclusão dos maniacos obstaría por huma vez ás scenas ridiculas de certos loucos, e ás indecentes caricaturas, que a lithographia reproduz em milhares de exemplares. No interesse da humanidade, se garantiria com mais probabilidade de successo, e de certeza, a existência a huns e a cura a outros. Em fim no interesse da sciencia fora hum campo de uteis observações, que pelo tempo em diante serião proveitosas aos doentes, porque quanto melhor estudadas as moléstias, mais conhecidas ficão, e por conseguinte com mais habilidade são tratadas”.*

Percebe-se claramente nesse discurso a influência de conceitos da psiquiatria européia, que vê a reclusão dos loucos como o melhor tratamento a ser dispensado aos mesmos, assim como entende a classificação dos sintomas como o único caminho a ser seguido para alcançar cientificamente o entendimento da loucura.

Os médicos deste período clamam por uma reforma na assistência aos alienados que até então somente recebiam a “caridade” da Santa Casa de Misericórdia. Esta, por sua vez, dispensava um tratamento de repressão e castigo que se assemelhava ao tratamento a que os negros escravos eram submetidos. Diz o Dr. Luiz Vicente De-Simoni, em 1839, na “Revista Médica Fluminense” sobre o uso do tronco na Santa Casa:

*“[...] obriga-nos a declarar que não só nós mas muitos dos outros facultativos da Casa, e alguns dos mesmos administradores della, mais humanos e illustrados, em todos os tempos temos clamado contra o uso desse meio tão condenável; mas que a pesar dos nossos clamores, e da*

*publicação dos ( ) da Comissão da Sociedade de Medicina no semanario de saude publica, a pesar da These do Sr. Silva Peixoto, o uso do tronco tem continuado na Santa Casa na enfermaria dos alienados.” (p.248/249)*

E em outro momento do texto o Dr. De-Simoni relata

*“Rara he a cidade na França, na Itália, na Inglaterra, e nos Estados Unidos da América aonde essa convicção (refere-se aqui as convicções trazidas pelas pesquisas de Pinel, Esquirol entre outros) não tenha levado o seu espirito reformador, e de melhora; raro o estabelecimento que mais ou menos não tenha sido utilmente modificado no sentido dos principios da medicina physico-moral, e em maior harmonia com as luzes, e progressos do século” (p.242)*

Assim portanto, observa-se que desde 1830 aparecem os primeiros clamores médicos pela criação de um hospício de alienados. A luta dos médicos é pela criação de um espaço próprio para os loucos, que por si só já seria a melhor terapêutica para tratá-los, através especialmente da reclusão. O paradoxo pineliano aqui também se faz presente: libertar os loucos de um “tratamento” desumano para aprisioná-los no tratamento moral.

A reivindicação médica de um hospício é especialmente direcionada a José Clemente Pereira, provedor da Santa Casa de Misericórdia no período 1838 a 1854, figura bem situada institucionalmente e politicamente que poderia tornar o hospício uma realidade. José Clemente é um político importante no Império, tendo sido um dos responsáveis pelo “Fico” de D. Pedro e intendente de polícia em 1827. Além disso é o elemento mais importante da instituição possuidora dos meios materiais para elevar um hospício. Os médicos se aliam a ele, “grande político e filantropo”, nas palavras de Roberto Machado. Assim é que o provedor toma as medidas políticas necessárias para criação do hospício.

*“O resultado de sua iniciativa é o decreto de 18 de julho de 1841, criando o Hospício de Pedro II; ato da maioria do Imperador que*

*assinala a instauração de um governo encimado pelo chamado rei filósofo, complemento perfeito do pai dos desvalidos.” (Machado, 1978: 428)*

Eis a que poderia se considerar a primeira reforma: Trata-se fundamentalmente de uma reforma social, de controle, que haveria por fim, dar origem à psiquiatria no país.

O problema do louco no Brasil é equacionado de forma “pacífica”. Não houve desavenças nem mesmo entre os médicos e a Santa Casa, que era a princípio severamente criticada. Pelo contrário, esta foi chamada a participar das mudanças e por muito tempo – como se verá mais adiante – ainda dominou o tratamento dos loucos.

O Hospício de Pedro II é formalmente inaugurado em 1852 no terreno da chácara da Santa Casa, na Praia vermelha. É o primeiro estabelecimento para tratamento específico dos alienados no país.

Constata-se que tanto aqui no Brasil como na Europa, a psiquiatria nasce vinculada ao asilo. Aqui no entanto, o asilo precede uma atividade psiquiátrica formal. O paradigma da psiquiatria, importado da Europa, foi instituído em seus aspectos de isolamento, exclusão da vida social e poder moral, porém, inicialmente aqui, o médico não foi reconhecido como figura central – como o foi na França, quando Pinel, foi o médico responsável pela separação dos loucos dos demais e assim se deu a criação do primeiro estabelecimento específico para loucos.

A inauguração do Hospício de Pedro II não havia determinado o fim do poder religioso sobre a loucura. Somente em 11/01/1890, o governo republicano edita o decreto 142-A, que desanexa o Hospício da Santa Casa de Misericórdia. O Hospício passa à administração do Estado e as freiras são retiradas. Até então existia um conflito de autoridade e, apesar do tratamento moral (seguindo o modelo teórico francês) ser preconizado, na prática pouco era oferecido além da contenção e dos maus-tratos.

### 2.3 - Teixeira Brandão e a apropriação médica do hospício: a segunda reforma

Eis a segunda reforma a que se quer remeter: a apropriação médica do hospício. Ainda que a construção do Hospício tenha sido obra do clamor médico pelo tratamento adequado aos alienados, durante muitos anos o controle da situação dentro dele estava nas mãos das irmãs de caridade. É somente em 1887 que o primeiro médico alienista com formação específica assume a direção do Hospício de Pedro II. Trata-se de Teixeira Brandão, que denuncia que o Hospício, entregue às irmãs de caridade, se assemelhava mais a um convento do que a um hospital.

*“Os diretores e médicos ficavam adstritos às informações que as irmãs lhes ministravam. E se algum deles ousava, suspeito, inquirir de algum fato que não lhe parecia regular, ouvia insultos que não podia repelir.” (Brandão apud Machado, 1978: 466)*

Teixeira Brandão solicita uma reforma imediata que possa transformar o Hospício em um verdadeiro estabelecimento de tratamento de doenças e para tal acredita que devam ser os médicos a gerenciá-lo. Só estes teriam, de fato, o saber científico que os deixava aptos a conduzir o tratamento moral necessário. Em suas próprias palavras:

*“Assim, pois, todas as outras reformas se acham subordinadas a esta que é capital: dar autonomia ao diretor do serviço clínico, tornando-o diretamente responsável por todas as ocorrências que se passarem no hospício” (Brandão apud Machado, 1978: 460)*

Teixeira Brandão luta não só pelo domínio médico da loucura mas também por toda uma legislação que ampare, juridicamente esse domínio. Em 1903, o referido médico é eleito deputado e no mesmo



ano consegue a aprovação da primeira lei geral sobre a jurisprudência e assistência aos alienados no Brasil. Esta lei estabelece que o hospício é o único lugar adequado para receber os loucos e que isto tem de ser necessariamente decisão do médico responsável. A lei determina a seqüestração dos bens do alienado. Determina a fiscalização de todos os estabelecimentos que atendem os loucos e subordina a criação de novos estabelecimentos à autoridade do Ministro do Interior, ou dos presidentes ou governadores dos estados. "Esta lei faz do psiquiatra a maior autoridade sobre a loucura, nacional e publicamente reconhecido." (Machado, 1978: 484)

Com a retirada das irmãs de cena, o hospício poderia finalmente pôr em prática, com mais "eficiência", o tratamento moral.

Logo após a apropriação médica do hospício, tem-se a proclamação da República, trazendo consigo novos ideais que precisam ser equacionados de forma diferente.

A psiquiatria, no bojo do projeto da medicina social, é chamada a prestar sua contribuição para a medicalização da sociedade e conseqüente controle social mais adequado ao momento político em questão.

#### **2.4 - Anormalidade e degenerescência: a terceira reforma**

Eis então o momento adequado a terceira reforma da psiquiatria.

Como havia sido citado antes, o início da psiquiatria no Brasil baseou-se exclusivamente no modelo teórico francês, especialmente em Esquirol. Os trabalhos sobre alienação mental são, neste momento no Brasil, quase que uma cópia da nosografia aceita na Europa. E esta dava ênfase às causalidades morais da doença mental. A alienação é

sobretudo uma desordem do comportamento, da conduta, e sua cura está vinculada ao tratamento moral, posto que só este poderia impor uma reeducação do alienado. A prática psiquiátrica portanto, era restrita ao tratamento que só poderia ser realizado dentro do hospício, espaço medicalizado, terapêutico, organizado: instrumento de cura. O princípio de isolamento foi o que guiou a construção do Hospício de Alienados no Brasil. O que se viu aqui no entanto, não foi um reflexo perfeito do que acontecia na França. A institucionalização do espaço asilar se deu no Brasil de forma pacífica e passiva, enquanto que na Europa suscitava grandes debates e pesquisas que tinham por objetivo aproximar cada vez mais a psiquiatria do campo da objetividade científica, tentando a psiquiatria se posicionar como uma ciência médica. Buscava-se, desde sempre, a etiologia das doenças mentais posto que, na medida em que conseguisse relacionar a origem da doença à causas objetivas, ou seja, orgânicas, atribuindo-as a lesões físicas, mais próxima estaria a psiquiatria dos moldes científicos da época, mais próxima estaria a psiquiatria do paradigma racionalista.

É nesse sentido que a teoria de Morel<sup>6</sup> se desenvolve e marca, a partir do final do século XIX, a elaboração da teoria psiquiátrica na Europa.

*"A teoria da degenerescência realiza uma transformação radical na concepção de doença mental; ao atribuir sua causa a uma lesão orgânica, desloca a racionalidade da loucura de uma psiquiatria social da desordem para o tronco comum da medicina, afastando-se do conceito de doença mental que caracteriza a escola psiquiátrica do século XIX."*  
(Portocarrero, 1990: 32)

A concepção de degeneração abre o caminho para a ampliação do campo da psiquiatria. Na medida em que se concebe que um processo

---

<sup>6</sup> Benedict-Augustin Morel escreveu em 1860 na França, o seu *Traité des maladies mentales*, onde descreve a sua teoria da degenerescência, citando casos de insanidade e outras doenças mentais causados por degeneração mental herdada, tornando-se pior de uma geração para a próxima.

fisiológico atua, ao longo do tempo, sobre um processo psicológico, muitos indivíduos mentalmente sãos são passíveis de se tornarem alienados, desde que apresentem uma anormalidade passível de desencadear esse processo de degeneração (como o alcoolismo, a sífilis, epilepsia etc.). Assim sendo, as anormalidades podem ter seu fim na psicopatologia. Dentro desta concepção teórica cabe ressaltar que a hereditariedade tem crucial importância na “aquisição” dessas degenerações.

Esta teoria tem grande repercussão na psiquiatria brasileira e passa a nortear, a partir do início do século XX, todos os debates sobre a loucura e a normalidade ressaltando a importância da aplicação destes pressupostos para a construção de uma nova sociedade.

*“Voltado para o enfrentamento de novas e antigas questões associadas às condições do rápido crescimento urbano e industrial que transformava radicalmente a face das cidades, o regime republicano encontrou nas teorias da degenerescência um eficaz instrumento de controle social.” (Cunha, 1989:23)*

A pobreza que anteriormente recebia a caridade filantrópica cristã era agora ameaça ao mundo do trabalho capitalista. Admitindo as causas hereditárias propostas pelas teorias alienistas, a pobreza estava sob suspeita generalizada. Nesse sentido, o conceito de anormalidade é muito mais abrangente, posto que é preciso cuidar não só do que a percepção imediata apreende, mais também do que está por vir.

Os alienistas têm agora fundamentação teórica “científica” para explicar a geração de indivíduos degenerados, alta taxa de criminalidade e baixa produtividade da população brasileira. A teoria psiquiátrica se expande para o campo da medicina geral, devido a suas tendências organicistas e no campo do saber sociogenético, ao estabelecer novos patamares para a relação ente doença mental e sociedade.

Teixeira Brandão encontra neste início de século, outro psiquiatra que seria o aliado ideal para levar adiante esse processo cada vez maior de “psiquiatrização” da sociedade: Juliano Moreira.

Segundo Costa (1981) Juliano Moreira entra para o cenário nacional após um inquérito realizado no Governo Rodrigues Alves em 1902, que revela ser o Hospício Nacional uma prisão de loucos.

Psiquiatra de grande importância no processo de consolidação da psiquiatria no Brasil, Juliano Moreira é nomeado em 1903 para a direção do agora denominado Hospício Nacional de Alienados – cargo que ocupará durante 23 anos -. e em 1911 para a direção geral da Assistência a Alienados.

*“No início do século XX as investidas de psiquiatrização ganham força com Juliano Moreira, que trabalha no sentido de instaurar um modelo de assistência, capaz de homogeneizar a intervenção médica sobre os indivíduos tidos como inúteis, loucos, desordeiros e prejudiciais ao bem estar social, sempre na perspectiva de responsabilizar o Estado por esta função. Para isso tenta instituir um controle centralizador e diretrizes uniformes de conduta em relação a esses indivíduos que ameaçam a ordem disciplinar da sociedade.” (Portocarrero, 1980: 93)*

É a partir de Juliano Moreira que a psiquiatria consegue se reformular e estender seus “tentáculos” às diversas instâncias sociais: o espaço terapêutico, antes restrito ao asilo passa agora a ser toda a sociedade, na medida em que há necessidade de prevenir a doença mental, todos estão sob suspeita. Deve-se ter especial atenção aos anormais, degenerados (sifilíticos, alcoólatras) que estão mais próximos da loucura e também porque transmitem-na à sua descendência. O crime é percebido como anormalidade e também é patologizado dentro deste contexto. É exatamente Juliano Moreira que consegue do governo a criação do primeiro Manicômio Judiciário.

Este novo corpo teórico supõe certamente uma nova assistência aos anormais. O asilo deixa de ter o privilégio de ser o único campo

de atuação da psiquiatria que passa a exigir novas práticas assistenciais que abranjam diversos tipos de anormalidades possíveis. Temos então a proposta de criação das colônias agrícolas para alcoólatras e para epiléticos, a psiquiatrização dentro das escolas, das forças armadas, junto às famílias – onde ditou normas medicalizadas de educação, etc. É também nos tempos áureos de Juliano Moreira que são inauguradas as colônias agrícolas para crônicos, indigentes, cuja filosofia básica é o trabalho: forma de disciplinar os corpos e distrair as mentes.

Para Amarante (1983), as décadas de 1910 a 20 consolidam o modelo das colônias agrícolas, que pressupõem o fim da clausura dos excluídos. O que elas produzem no entanto, é apenas uma leve inflexão na história da tecnologia disciplinar, mudando a paisagem e definindo inovações assistenciais através da diversificação das formas asilares (hospício para pensionistas, colônias para indigentes, manicômio para a interseção com a justiça).

Juliano Moreira também é responsável pela inauguração e direção da ala de crianças do Hospício Nacional de Alienados. As crianças, passíveis de se tornarem degeneradas pela via da educação (ou melhor da má educação) ou da hereditariedade constituíram uma grande preocupação deste psiquiatra.

Curiosamente, à proporção que o discurso psiquiátrico se aproxima da clínica médica através do substrato físico oferecido pela teoria da degenerescência, cresce seu envolvimento com a origem moral, recaindo inclusive em discussões sobre a educação que, longe de serem deixadas para trás – como poderia parecer aos olhos dos defensores das teorias organicistas em psiquiatria – “ganham força, tornando-se foco de preocupação de grande parte dos alienistas.” (Portocarrero, 1990: 42,43)

A ruptura que se estabelece entre a psiquiatria do século XIX e a do século XX corresponde ao novo projeto de uma sociedade que se inicia no capitalismo e precisa usar de um maior poder disciplinador

para abarcar um modo de produção que vende agora a força de trabalho que todos os seus cidadãos representam.

Ainda assim, é importante ressaltar que, com toda a ampliação do poder – inclusive político – da psiquiatria na passagem do século, a reclusão como medida de contenção, continuava a reinar absoluta sobre qualquer objetivo de recuperação e/ou de reintegração do sujeito. As novas pesquisas e debates trabalhavam cada vez mais para reforçar o paradigma clássico que supunha a loucura perigosa e supunha o louco um ser inferior aos normais, possuidores da Razão.

Dando continuidade ao “progresso da ciência psiquiátrica”, é criada em 1923 a Liga Brasileira de Higiene Mental pelo Doutor Gustavo Riedel. A Liga, que tinha o objetivo explícito de melhorar a assistência aos doentes mentais, viria a aprofundar a interpretação biologizante dos fatos sociais inaugurada por Juliano Moreira. A psiquiatria precisa agora não só explicar os acontecimentos mas também ditar normas para que eles aconteçam de tal ou qual maneira, a fim de produzir uma sociedade mais adequada à modernidade.

Neste mesmo ano de 1923 a Liga é reconhecida como de utilidade pública, passando a receber subvenção federal para o desempenho de suas atividades. Durante os anos de sua existência (a Liga funcionou até 1947, ano em que foi publicada a última edição de sua revista “Arquivos Brasileiros de Higiene Mental”) a Liga montou laboratórios de psicologia aplicada, aplicou testes em escolas e fábricas, organizou diversas semanas anti-alcoólicas e uma clínica de eufrenia infantil.

Os objetivos da instituição segundo os estatutos de fundação seriam os seguintes:

- a) *“prevenção das doenças nervosas e mentaes pela observância dos princípios da hygiene geral e especial do systema nervoso;*

- b) *protecção e amparo no meio social aos egressos dos manicômios e aos deficientes mentaes passíveis de internação;*
- c) *melhoria progressiva nos meios de assistir e tratar os doentes nervosos e mentaes em asylos publicos, particulares ou fóra delles;*
- d) *realização de um programma de Hygiene Mental e Eugenetica no dominio das actividades individual, escolar, profissional e social."*  
(*Estatutos da Liga Brasileira de Hygiene Mental in Archivos Brasileiros de Hygiene Mental, março de 1925*)

Os psiquiatras da Liga faziam um movimento nacional e até mesmo internacional, escrevendo em periódicos da América Latina e até mesmo da Europa. Existia uma grande preocupação em escrever, produzir e publicar artigos científicos sobre o comportamento humano.

A Liga se preocupa com o potencial da doença antes mesmo que qualquer sinal se manifeste e adota ações intervenientes baseadas na noção de prevenção eugênica. São propostas da Liga projetos como a esterilização dos doentes mentais e a proibição de casamentos mestiços. Inspirada na psiquiatria alemã da época – sob a batuta dos ideais arianos de purificação da raça – os psiquiatras quiseram implementar uma moral de coletividade que se opunha à moral individualista católica. Entraram pois em choque com a Igreja católica, que era também contrária à esterilização dos doentes.

A Liga teve outros problemas sérios além deste com a Igreja. Sendo uma Instituição particular, via-se às voltas com a questão das verbas federais que a sustentavam. Reis (1994) relata em sua dissertação, problemas com alguns presidentes como Washington Luís que cortou-lhe a verba e a desalojou de sua sede. Nos anos 30 surge mais uma questão a ser considerada: têm início as “políticas de saúde pública” que fazem com que muitos programas da Liga sejam absorvidos pelo Governo. Acaba assim a necessidade da existência de uma instituição particular que articule programas de saúde e afins.

Além disso, é importante considerar que, com o final da Segunda Guerra Mundial, onde o Brasil se posicionou ao lado dos EUA e conseqüentemente contrário a Alemanha Nazista, era de se esperar que certos temas eugênicos se tornassem incômodos. A Liga desaparece em 1947.

No período que se segue o Estado assume a responsabilidade pelo bem estar social e começa a estabelecer diretrizes nacionais para este fim. É o início das já citadas políticas públicas de saúde e educação.

É um momento bastante diverso do que se pode verificar até então, quando, por exemplo, a Liga oferece uma versão psiquiátrica para a organização social e política que se configurava na época. O trecho do texto de Portocarrero (1988) exemplifica essa participação da psiquiatria em épocas anteriores:

*"A partir desta época, a psiquiatria passa a propugnar a formulação de normas e leis numa tentativa de aliar a intervenção psiquiátrica aos preceitos básicos da época: liberdade e trabalho." (p. 4)*

## **2.5 - Reformas assistenciais: a "explosão" dos hospitais públicos**

A partir de agora o que se verá é a análise das reformas da psiquiatria dentro de um momento histórico complexo, que compreende o final da década de 30 até o final da Segunda Guerra Mundial – época a partir da qual é possível se debruçar novamente sobre diversas concepções teóricas originárias da Europa e dos Estados Unidos que propuseram reformas das práticas clássicas dentro do modelo asilar. A última dessas reformas – a Reforma Psiquiátrica Italiana – é considerada a fonte inspiradora do Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil – ponto de chegada neste capítulo.



As reformas que serão apreciadas (do período de 1930 a 1945) se referem, no entanto, muito mais a reformas assistenciais do que conceituais. Não há incremento e debates teóricos sobre as origens, causas e conseqüências da doença mental. Percebe-se uma continuidade teórica, ressaltando a necessidade da reclusão e isolamento. Pensa-se muito mais na maneira de acolher os doentes dentro dos asilos do que em procurar as causas orgânicas, biológicas, sociais para a loucura.

De 1930 até 1945 o país vive sob o regime populista do Estado Novo de Getúlio Vargas. Neste período o Estado é preparado para intervir com maior extensão nos problemas do bem estar social e Getúlio promove profundas reformas nestas estruturas.

Getúlio impôs um estado autoritário e centralizador. Seu governo criou o Ministério da Educação e Saúde e o Ministério do Trabalho. Este último foi entregue a Lindolfo Collor, que promulga, nos anos seguintes, a legislação trabalhista de base, unificada na CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) vigente até os dias de hoje.

Em 1941 são regulamentados o salário mínimo e o imposto sindical que viabiliza o sindicalismo atrelado ao Estado e seus interesses - que nem sempre são os interesses dos trabalhadores. O Estado Novo ficou também conhecido pela regulamentação dos direitos trabalhistas como férias pagas e estabilidade no emprego.

No que se refere à saúde mental, pode-se dizer que, seguindo a proposta estadista do governo, a rede pública hospitalar se consolida e se expande, espalhando pelo país o modelo das colônias agrícolas.

Em 1941 é criado o Serviço Nacional de Doentes Mentais (SNDM). É, também, regulamentado por lei o atendimento a doentes mentais pelos Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões estabelecendo o pagamento de internação psiquiátrica até por 12 meses, aposentando o cliente se este chegar sem cura ao final do prazo. O Ministério da Educação e Saúde engloba os serviços federais

de Assistência a psicopatas. É definido um *novo modus operandi* de lidar com as questões de ordem social, como é, então reconhecida a loucura. Antes encarada como perigo para a criação de um Estado equilibrado e produtivo, ela agora é entendida como responsabilidade do Estado para com seus cidadãos. Este novo Estado, forte, parece não ter medo de seus degenerados, eles não podem "atingi-lo". Sua responsabilidade é doravante, cuidar de seus filhos.

A doença mental parece assumir o estatuto de fatalidade, "uma doença como outra qualquer" que merece atenção, mas o seu cuidado ou ausência deste não implica num atraso no progresso da ciência e da modernidade.

O olhar dirigido à loucura muda de foco e o poder público estabelece um novo modo de se relacionar com os doentes e os médicos. Estes passam a responder – no campo da saúde mental – por uma medicina eminentemente pública, oficial e burocrática. O termo psiquiatra é incluído na legislação e o cargo de diretor de hospital psiquiátrico passa a ser exclusivo de médico psiquiatra concursado. A medicina privada é, neste campo e neste momento, exclusiva de clientes abastados. A chamada Saúde Pública constitui-se campo de interesse governamental.

A Previdência Social firma-se então como recurso para lidar com os problemas sociais. Funcionando a princípio, somente através das Caixas de Aposentadoria e Pensões no âmbito das Empresas, só haveria de se unificar em 1967 com a criação do INPS. É em 1947, no entanto, que começa a tramitação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) que possibilitaria esta unificação.

O fim da Segunda Guerra Mundial trouxe novas questões ao mundo ocidental com a vitória sobre o nazi-facismo. Isto permitiu uma redefinição global de direitos, deveres, cidadania, relação entre o indivíduo e o Estado. A idéia de um Estado totalizador foi momentaneamente abandonada por aqui, assim como a proposta da

criação de uma raça pura.

O pós-guerra trouxe a baila o horror dos campos de concentração o que fez com que muitas comunidades começassem a prestar atenção aos manicômios que, mais do que nunca, se assemelhavam a estes campos.

Outros movimentos de reforma tiveram início neste período e chamaram a atenção para o asilo, repercutindo no Brasil com maior ou menor intensidade.

Apenas para efeito de ilustração, sem nenhuma pretensão de contemplar esses movimentos, passa-se agora às experiências das Comunidades Terapêuticas; da Psicoterapia Institucional; Psiquiatria de Setor; Psiquiatria Preventiva; Antipsiquiatria e a Reforma Psiquiátrica Italiana.

□ Comunidades Terapêuticas: Termo consagrado em 1959 por Maxwel Jones, como uma série de experiências em um Hospital Psiquiátrico, inspirado nos trabalhos de Simon, Sullivan, Menninger, Bion e Reichman. Constituíram-se como reformas institucionais restritas ao Hospital Psiquiátrico, medidas administrativas democráticas, participativas objetivando a transformação da dinâmica institucional asilar. Experiência inglesa do pós-guerra, sua proposta principal centrava-se na terapia ocupacional, fundada por Herman Simon na década de 20.

□ Psicoterapia Institucional: denominação utilizada por Dauzamezon e Koechlin em 1952 para caracterizar o trabalho de Tosquelhes no Hospital Saint-Alban na França. Novamente propõe o Hospital reformado, defende o tratamento da instituição.

□ Psiquiatria de Setor: inspira-se nas idéias de Bonnafé e de um grupo de psiquiatras progressistas que também na França do pós-guerra, queriam levar a psiquiatria até a população. Com esta finalidade, esquadrinha o Hospital e as áreas da comunidade de tal

forma que a cada "divisão" hospitalar corresponda uma área geográfica e social. A partir dos anos sessenta este movimento ganha o status de política oficial, novamente com o argumento de que a prática asilar é muito onerosa para o Estado.

□ **Psiquiatria Preventiva:** surge nos Estados Unidos na década de 60, tentando mais uma vez intervir nas supostas causas da doença mental antes mesmo que ela seja sintomática. Reduz-se, a partir desse movimento, a distância entre o conceito de distúrbio emocional e doença mental e estabelece-se a crença de que as doenças mentais devem ser detectadas precocemente erradicando assim mais um mal da sociedade. Esse movimento define o indivíduo como uma unidade biopsicossocial, ignorando as contradições que esses três conceitos suscitam.

□ **Antipsiquiatria:** surgida na década de 60 na Inglaterra simultaneamente aos movimentos de contracultura. Seus principais representantes foram Laing, Cooper e Aaron Esterson. Pela primeira vez vemos aqui aparecer um movimento de reforma que coloque em questão a própria definição da loucura e o poder-saber médico que se exerce sobre ela. Sua principal preocupação é fazer uma análise do discurso, por meio do discurso do louco, que não deve ser reprimido.

No entanto, embora a Antipsiquiatria inicie uma crítica radical ao saber psiquiátrico moderno, acaba por elaborar uma explicação causal da esquizofrenia calcada nos problemas de comunicação entre as pessoas, de acordo com uma experiência muito específica.

□ **Reforma Psiquiátrica Italiana:** esta foi exatamente a proposta de mudança que inspirou de forma profunda o Movimento de Reforma no Brasil. Assim sendo merece estar num capítulo específico, em contiguidade com o movimento brasileiro. Este capítulo virá a seguir.

Não é possível deixar de incluir neste ponto, que o começo dos anos 50 trouxe-nos também a "revolução farmacológica" - é

sintetizado em 1951 o primeiro neuroléptico – que reafirma portanto a etiologia biológica das doenças mentais e que supõe a superação dos mecanismos de controle violentos e o desenclausuramento.

Também é nessa época que começam a fazer eco as idéias da psicanálise. No início da década de 60, a psicanálise no Brasil já era reconhecida em grupos existentes em São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte, grupos estes que eram vinculados basicamente à Associação Brasileira de Psicanálise e à Associação Internacional de Psicanálise. As idéias de Freud possibilitaram também um novo olhar sobre a loucura. Em seus relatos ele diz que o delírio é uma forma de dar sentido a uma experiência psíquica. Em seu texto “Neurose e Psicose” (1924) Freud explicita a diferença entre a neurose e a psicose. Enquanto na neurose há um conflito entre o ego e o id, na psicose há um conflito entre o ego e o mundo externo. Dando continuidade ao tema, no texto “A perda da realidade na neurose e na psicose” (1924), Freud mostra que há, no início, uma primeira identificação entre Neurose e Psicose, posto que em ambas existe uma rebelião do id contra o mundo externo. Neurose e Psicose diferem quanto à reparação que se segue: enquanto na neurose há uma tentativa de substituir essa realidade, na psicose há uma tentativa de impor um novo e imaginário mundo externo. O psicótico teria, assim, a tarefa de remodelar a realidade a serviço do id. Freud reconhece o delírio como uma tentativa de criar essa nova realidade.

*“Com referência à gênese dos delírios, inúmeras análises nos ensinaram que o delírio se encontra aplicado como um remendo no lugar em que originalmente uma fenda apareceu na relação do ego com o mundo externo.” (Freud, 1976: 191)*

Sendo assim não há o que ser consertado, aniquilado, calado. Há o que ser escutado. É preciso ouvir a voz do outro. Somos todos diferentes, segundo Freud, e essa diferença, às vezes, causa sofrimento.

É importante ressaltar que, embora as idéias de Freud tenham sido introduzidas neste período, foi somente nos anos 80, segundo Birman (in Guimarães & Tavares, 1994), que a psicanálise se consolidou definitivamente no Brasil, deslocando-se de uma situação periférica e marginal no campo social, restrita às elites, e se inseriu com maior abrangência no tecido social brasileiro.

Em termos de Brasil, o que podemos depreender de sua história neste momento, entretanto, é que o asilo continuava a ser o centro de atrocidades de sempre, apesar das novas teorias terem produzido experiências interessantes:

*“Uma característica comum a todas estas experiências no Brasil é a sua marginalidade. São experiências locais, referidas a um ou outro serviço, a um ou outro grupo. Tão à margem das propostas e dos investimentos públicos efetivos, que suas memórias são de difícil, senão impossível, resgate.”(Amarante, 1994: 79)*

Como nos fala Sampaio (1988) enquanto que nos Estados Unidos e na Europa a farmacoterapia favoreceu um certo desenclausuramento, no Brasil o reforçou, visto que seu melhor uso é controlado dentro da Instituição, é o Estado que organiza e financia sua adoção dentro das clínicas. E por falar em financiamento, nada melhor do que investir na compra de medicamentos psicotrópicos.

## **2.6 - Nova reforma: a privatização da saúde**

É a partir da década de 50 que algo começa a se transformar na assistência à saúde mental, uma nova reforma. Ainda que o predomínio do asilo esteja inabalado, vemos agora o declínio do predomínio no setor público.

Os hospitais públicos haviam superado, em muito a sua capacidade:

*“Ao fim da década de 50 a situação era caótica: o Juqueri abrigava 14 a 15 mil doentes. O mesmo ocorre em Barbacena, onde 3200 enfermos desdobram-se em verdadeira plethora e com o Hospital São Pedro, de Porto Alegre, que acolhia mais de 3000 e só tinha capacidade para 1700 [...]” (Resende in Tundis, 1990:54)*

Empresários do setor privado, vislumbrando o grande filão da doença mental e aproveitando-se da falência do setor público – que não mais executava o seu papel numa sociedade que se modernizava – começam a organizar clínicas que serão então contratadas pelo governo para dar conta das internações. O investimento a ser feito é pequeno, visto que não necessitavam – as clínicas – de maquinário e instrumentos especializados. O cuidar do doente se restringia a ter algum espaço e muito remédio.

O modelo de privatização da saúde é ainda mais incrementado pós golpe militar em 1964, de acordo com a prática política tecnocrática-autoritária do regime militar.

*“A psiquiatria brasileira adquire estatuto de prática assistencial de massa pós 1964, junto com as mudanças de natureza das políticas sociais promovidas pelo Estado, como decorrência das necessidades de mudança exigidas pelo desenvolvimento capitalista no período. A psiquiatria acresce outras funções àquelas da assistência médica: ideologizar as relações sociais, dar um lugar aos desviados através da exclusão, difundir e inculcar novas normas de comportamento para homogeneizar diferenças.” (Sampaio, 1988: 29)*

Segundo Resende (1990) o quinquênio 1965/70 foi marcado pelo fluxo maciço de doentes para os hospitais privados. Enquanto a população dos hospitais públicos manteve-se estável, a clientela das instituições conveniadas saltou de 14.000 em 1965 para 30.000 ao final do período a que está se referindo.

A rede privada usava como *marketing* a sua superior qualidade, especialmente de hotelaria, em relação a uma rede pública miserável. Tanto é que neste período são criadas as primeiras

classificações/pontuações para os hospitais privados. Classificação essa que leva em consideração aspectos não diretamente relacionados com a qualidade do tratamento ou do pessoal mas com hotelaria.

No início do anos 70 começam as primeiras denúncias contra o modelo de atendimento vigente. Vieram à luz uma infinidade de novas propostas por parte das Secretarias de Saúde, do Ministério da Saúde, do próprio INPS, trabalhadores em saúde mental e da população em geral que, com o começo do fim do Regime ditatorial do país, começava a questionar várias situações sociais.

O sistema de internações estava, como sempre, superlotado, miserável, carente, excluindo e humilhando seus clientes. Seres humanos se transformando em coisas.

Alguns autores como Resende (1990), além disso, ressaltam que o momento político era propício para o acolhimento das críticas e para mudanças. Isto porque haveria uma drástica redução de mão-de-obra, inclusive a de baixa qualificação. Neste sentido, o autor aponta que é curioso observar que, em todas as propostas, oficiais ou não, que viriam a seguir se mencionasse explicitamente o objetivo, entre outros, de manter o doente na comunidade e não afastá-lo de seu vínculo com o trabalho.

Iniciam-se por essa época assim (início dos anos 70) as primeiras mudanças no sistema público e privado de assistência aos doentes mentais.

*“Os resultados não se fizeram esperar; passou-se a exercer mais controle sobre os tempos de permanência dos doentes nos hospitais, através das supervisões, a cargo dos médicos do próprio INPS. O ambulatório, igualmente, empenhou-se em limitar as internações e os índices de encaminhamento de pacientes aos hospitais, que no quinquênio anterior chegara a 36% do total de consultas em alguns Estados, estabilizou-se em torno de 12% na década de 70.” (Resende in Tundis, 1990:64)*



Chega-se assim ao início do movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira, que segundo Amarante (1995) teve seu primeiro momento nos últimos anos do regime ditatorial (fins do anos 70), quando, a partir do afrouxamento da censura e de uma abertura democrática, os cidadãos começam a ter espaço para questionar o poder, as políticas sociais e econômicas e as condições de vida de um modo geral.

### *CAPÍTULO 3*

#### **3.1 - Reforma Psiquiátrica Brasileira**

É, com efeito, somente a partir da segunda metade desse século que o modelo de tratamento e assistência psiquiátrica começa a ser problematizado e discutido. É o momento em que a terapia meramente psicofarmacológica torna-se por si só insuficiente e o hospitalocentrismo passa a ser visto como iatrogênico. Percebe-se, entre outras coisas, que esse modelo de tratamento é prejudicial para o doente que, em decorrência das muitas internações, passa a sofrer diversas seqüelas de ordem psicossocial.

Antes de se passar a esse movimento de questionamento dentro do Brasil é importante porém detalhar um pouco mais o movimento italiano, fonte de onde beberam os atores sociais brasileiros.

Como já foi relatado, surgiu, na década de 60, na Inglaterra o Movimento denominado Antipsiquiatria trazendo importantes contribuições, colocando em questão, pela primeira vez, a própria definição da loucura e o poder/saber médico que se exerce sobre ela.

A experiência italiana de desinstitucionalização<sup>7</sup> logo após, no

---

<sup>7</sup> Desinstitucionalizar não se confunde nem se restringe a desospitalização na medida em que este último se refere a transformação através da extinção dos manicômios. Desinstitucionalizar significa entender instituição no sentido dinâmico e necessariamente complexo das práticas e saberes que produzem determinadas formas de perceber, entender e relacionar-se com os fenômenos

início da década de 70, promoveu novas formas de entender e lidar com a loucura e, conseqüentemente, profundas modificações em relação aos cuidados com o doente mental.

Esta experiência teve início em 1961, quando o psiquiatra Franco Basaglia, assume a direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia, Itália, após 12 anos dedicados à vida acadêmica. Sob o impacto da violência da instituição, Basaglia começa a questionar o poder da psiquiatria e o “tratamento” fornecido pelas instituições totalitárias.

*“No hospital de Gorizia, uma série de transformações foram imediatamente introduzidas: fim das ações institucionais de contenção, criação de condições para reuniões e encontro entre pessoal médico e pacientes. Procurava-se devolver ao doente a dignidade do cidadão e abrir espaços para que este se reunisse com seus companheiros e, através de grupos organizados influísse e decidisse sobre a vida institucional à qual estava submetido. Em novembro de 1962 foi aberto o primeiro pavilhão.” (Barros, 1994:59)*

As transformações prosseguem. No ano de 1968 – momento das lutas estudantis, movimentos operários em toda a Europa, especialmente na França – a equipe de Gorizia solicita à administração local o fechamento do hospital e a abertura de centros externos de atendimento. Negado o pedido, a equipe se demite em bloco após fazer uma declaração de cura de todos os pacientes que ainda estavam no hospital. Basaglia parte para os Estados Unidos e retorna em 1970 para dirigir o Hospital Psiquiátrico de Parma, que deixaria pouco tempo depois para assumir a direção do Hospital Psiquiátrico de Trieste. É em Trieste que Basaglia consegue realizar um trabalho que superou o de Gorizia. Explica-se: enquanto que em Gorizia, a equipe trabalhava sob o enfoque das Comunidades Terapêuticas de Maxwell Jones, reformulando basicamente a instituição, em Trieste construía-se a possibilidade de convivência na comunidade real.

*“Em Gorizia trabalhou-se por dez anos, quase que exclusivamente no hospital psiquiátrico, sobre suas contradições e possibilidades de transformá-lo. Em Trieste pôs-se rapidamente em prática o que havia sido alcançado em Gorizia, com a intenção de construir algo realmente novo.” (Barros, 1994:63)*

E esse novo é justamente o que se acredita ser a superação do paradigma clássico da psiquiatria. A proposta de Basaglia e sua equipe se encaminham para uma Revolução científica (usando o conceito de Kuhn), tentando superar o consenso compartilhado por diversos anos de que o louco é um ser incapaz, perigoso, improdutivo e por isso precisa ser excluído para ser tratado. Basaglia põe a doença mental entre aspas para trazer à tona o sujeito em sofrimento e propõe a desconstrução do hospital psiquiátrico em prol de uma assistência externa, territorial (a região onde residia o paciente torna-se o critério para a definição da equipe que o assistirá já no momento de sua admissão no serviço), que atende a todos dentro da comunidade.

Essa experiência teve repercussões de caráter internacional.

*“Em termos concretos, Brasil, Argentina, Iugoslávia, Grécia, Japão, Suécia, etc., solicitam nossa colaboração em encontros, discussões, análises da situação italiana. O interesse internacional pela nossa experiência está crescendo. Muitos governos europeus estudam a modificação das suas legislações psiquiátricas em direção ao desenvolvimento dos serviços na comunidade, com um papel sempre menor atribuído aos hospitais psiquiátricos.” (Rotelli<sup>8</sup> in Delgado, 1991: 88/89)*

O marco mundial dessa tendência foi o decreto da Lei 180 (conhecida como a “Lei Basaglia”) em 1978, na Itália, que proibiu novas admissões em hospitais psiquiátricos, assim como a construção de novos asilos. Foram criados novos serviços comunitários, como centros de saúde e unidades em Hospitais Gerais, bem como novas

---

<sup>8</sup> Coordenador dos serviços de Saúde Mental de Trieste/Itália.

alternativas terapêuticas.

Nesta mesma época o Brasil inicia seu processo de redemocratização. A emergência das classes populares como sujeito político que passam a reivindicar seus direitos e deveres é causa, e, ao mesmo tempo, consequência deste processo. A luta pela redemocratização política buscava também novas formas de entendimento e organização da saúde no país. Este movimento é denominado genericamente Reforma Sanitária. A saúde passa a ser entendida como direito de cidadania, direito de todos e dever do estado; a ser vista não como ausência de doença mas antes como resultante de condições de trabalho, lazer, moradia. Segundo Sônia Fleury in Teixeira (1989)

*"...o conceito de Reforma Sanitária refere-se a um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços sob a égide do Estado." (p. 39)*

A Reforma Sanitária deu origem, por sua vez, segundo Reis (1996), a outro movimento que buscava, neste momento de reorganização da assistência à saúde no Brasil, o lugar específico da saúde mental.

A experiência italiana encontrou assim, no Brasil, terreno fértil e provocou discussões e debates; colaborando decisivamente para a deflagração de um movimento de críticas às práticas psiquiátricas e ao saber que as fomenta: o Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica.

O Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica se inicia em 1978, a partir de denúncias dos trabalhadores em saúde mental sobre a precariedade da assistência psiquiátrica oferecida à população, fruto da falta de recursos e péssimas condições de trabalho (conforme

Amarante, 1995). Este autor propõe uma periodização deste movimento em três momentos distintos:

O primeiro, considerado a *trajetória alternativa*, compreende os últimos anos do regime militar, quando encontram espaço os questionamentos dos cidadãos brasileiros em relação a suas condições de vida de forma geral. É neste contexto portanto, que surgem as primeiras denúncias sobre violência e negligência dentro dos asilos. Começa a se estruturar um pensamento crítico sobre a função social das práticas médicas e psiquiátrico-psicológicas. Acontecimentos importantes na área da saúde desta época foram a constituição do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e do Movimento de Renovação Médica (REME) em 1976 que possibilitaram a estruturação das bases políticas da Reforma Sanitária e Psiquiátrica no Brasil. Surge, também em 1978, a partir de uma série de denúncias desencadeadas por jovens médicos psiquiatras, sobre as precárias condições a que eram submetidos os pacientes dos hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM),

*"[...] que torna-se o primeiro e mais importante ator de renovação no campo de saúde mental que vai estabelecer uma agenda para o setor que, sob o título de Reforma Psiquiátrica, introduz a estratégia da desinstitucionalização no âmbito das políticas públicas." (Amarante in Fleury (org.), 1997: 165)*

O Ministério da Saúde responde a estas denúncias com a demissão de 260 profissionais. Assim, em abril desse mesmo ano, 1978, é deflagrada no país a primeira greve de trabalhadores públicos após o início da ditadura. Todo esse episódio ficou conhecido como a "Crise da Dinsam" (Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde - órgão do Ministério responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor saúde mental.).

O MTSM expandiu-se por todo o país. Por iniciativa desse

movimento foram criadas várias comissões de saúde mental em sindicatos e em núcleos estaduais do CEBES. Através desses articuladores foi realizado o primeiro grande encontro de trabalhadores da área de saúde mental no Congresso Brasileiro de Psiquiatria em Camboriú, em outubro de 1978. Esse congresso ficou conhecido como o “congresso da abertura”, e saiu do campo exclusivamente técnico para ter repercussões externas ao campo psiquiátrico.

*“Com a “crise da Dinsam”, o Congresso de Camboriú [...] o Movimento saiu do campo exclusivo da comunidade técnica e, com ele, a questão da loucura e da instituição asilar seguiram a mesma trajetória: o debate sobre a loucura saiu do interior dos muros do hospício para o domínio público.” (Amarante in Fleury, 1997: 164)*

O segundo momento, que o autor considera o da trajetória *sanitarista*, iniciou-se na década de 80. Neste período boa parte da Reforma Psiquiátrica é encampada pelo Estado chegando a confundir seus interesses com os dele. A tática inicial do movimento – ocupar espaços públicos de poder e de decisão como forma de introduzir mudanças no sistema de saúde – junta-se a do governo – absorver o pensamento crítico em seu interior com o intuito de legitimar suas ações.

O terceiro momento é chamado da trajetória da *desinstitucionalização* ou da *desconstrução/invenção*. Nesta trajetória passa-se a construir um novo projeto de saúde mental para o país. O Movimento Brasileiro tende a abandonar o perfil de *movimento de trabalhadores de saúde mental* para tornar-se um movimento *social* pela reforma da psiquiatria. Um marco fundamental deste período é a construção do lema “Por uma sociedade sem manicômios” no II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental em 1987. Outro marco desse período é o início das novas experiências de assistência como o Centro de Atenção Psicossocial em São Paulo

(1987) e o Núcleo de Atenção Psicossocial em Santos (1989).

Diante desse quadro de transformações, o Ministério da Saúde cria, a partir da década de 90, parâmetros que definem formalmente os serviços ditos intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar<sup>9</sup>. São normatizados assim os Hospitais-dia e os Centros e Núcleos de Atenção psicossocial (CAPS e NAPS) que devem funcionar como unidades de saúde locais, integradas a uma rede descentralizada e hierarquizada em saúde mental. Devem desenvolver também programas de cuidados intensivos por equipe multiprofissional.

Dentro do cenário da saúde mental no Brasil começam, então, a surgir experiências de atenção ao sujeito em sua existência-sofrimento<sup>10</sup> que tentam provar cotidianamente a possibilidade da construção de um novo espaço social para o doente mental.

Todo esse processo foi também denominado “reforma”, a despeito de algumas críticas como a que se segue:

*“Mas esta expressão [reforma psiquiátrica] é contraditória e problemática, uma vez que, de per se, não define o quê e o quanto se esta reformando. [...] De Leonardis e Mauri, que não apenas ampliam o conceito mas e fundamentalmente, introduzem a discussão quanto aos aspectos da crítica epistemológica aos saberes psiquiátricos.”*  
(Amarante, 1996:26)

Diferente das anteriores porém, a proposta agora é alcançar o que as “reformas” anteriores não alcançaram e mesmo, sequer se propuseram a fazer: a superação do consenso compartilhado pela comunidade científica de que o fenômeno da loucura é algo a ser

---

<sup>9</sup> Portaria número 224 de 29/01/92 do Ministério da Saúde.

<sup>10</sup> Para Rotelli (1989), o objeto da psiquiatria não pode nem deve ser a periculosidade ou a doença (entendida como algo que está no corpo ou no psiquismo de uma pessoa). O objeto é a existência-sofrimento do indivíduo em sua relação com o corpo social.

excluído de nossa sociedade por seu caráter de periculosidade, desrazão e defeito.

A Reforma Psiquiátrica portanto, não propõe somente realizar a humanização e/ou a modernização da instituição hospitalar. É um movimento que propõe a desconstrução e superação do chamado paradigma clássico da psiquiatria. Paradigma este que como vimos, desde a sua instauração – através de figuras como Pinel e Esquirol, entre outros, que fazem parte do que Castel (1978) denominou Hagiografia Psiquiátrica – colocou o louco no lugar social de isolamento e exclusão.

A proposta de desinstitucionalização, que vem no bojo da Reforma, tem uma dimensão ética maior. Significa muito mais que rearrumar o atendimento à chamada loucura. Trata não somente de superar o manicômio mas de construir uma nova maneira da sociedade lidar com a loucura.

No entendimento de Amarante (1994)

*“Reforma Psiquiátrica é o conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas que visam transformar a relação da sociedade para com o doente. A Reforma Psiquiátrica que estamos construindo vai das transformações na instituição e no saber médico psiquiátrico até as práticas sociais em lidar com as pessoas portadoras de problemas mentais.” (p. 43)*

É importante entender a Reforma como um movimento complexo e dinâmico; com caráter ativo e processual em permanente construção a partir de reflexões e iniciativas práticas que ocorrem simultaneamente nos seguintes campos:

- campo teórico/conceitual (ruptura com o saber psiquiátrico enquanto possuidor da última “verdade” sobre a doença mental);
- campo das novas tecnologias de cuidados (transformação no campo assistencial, criação de novos serviços);



- campo jurídico e político (que tem seu foco no processo de mudança da legislação – ex. lei Paulo Delgado<sup>11</sup>, revisão da legislação que concerne aos direitos civis e de cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais);
- campo cultural (centrado na constituição de um novo lugar social para a loucura).

Tem-se assistido assim, na última década no Brasil, o surgimento de Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial e outras estruturas como Centros de Convivência e Oficinas Protegidas. Uma série de transformações que estão sendo realizadas com o objetivo de reestruturar o campo da saúde mental no país; claras evidências de transformação no modelo de assistência ao doente mental.

*“E, de fato, malgrado grandes dificuldades estruturais, muitos hospitais psiquiátricos estão sendo transformados ao mesmo tempo em que surgem hospitais-dia, Caps e Naps nos contextos mais diversos em todas as regiões do país. O que sucede nessas regiões é o nascimento de experiências inovadoras no interior do país; novas, mas já extraordinariamente ricas e complexas.” (Venturini in Amarante, 1995:16)*

Alguns exemplos podem ser destacados, especialmente os existentes no Estado do Rio de Janeiro.

Do "Guia dos Serviços Psiquiátricos Alternativos do Rio de Janeiro", editado pelo Instituto Franco Basaglia em fevereiro de 1997 - 2ª edição revista e ampliada, pode-se avaliar a extensão deste processo.

---

<sup>11</sup> Delgado, Paulo, 1989. Projeto de Lei nº 3.657/89. “ Este PL consolidava no debate nacional, o princípio da superação do modelo psiquiátrico tradicional, na medida em que dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. (Amarante in Fleury, p.173)

Neste Guia encontra-se a descrição das seguintes instituições:

**Na cidade do Rio de Janeiro**

No Instituto Philippe Pinel

CAIS - Centro de atividades Integradas em Saúde Mental

NAICAP - Núcleo de Atendimento Integrado à Criança Autista e  
Psicótica

No Instituto de Psiquiatria

CAD - Centro de Atenção Diária Luiz Cerqueira

No Centro Psiquiátrico Pedro II

Espaço Aberto ao Tempo

Casa D'Engenho Hospital-Dia

Centro Comunitário Desconstruir a Doença pela Invenção da  
Saúde...A Saúde Cidadã

Na Colônia Juliano Moreira

CAD - Centro de Atenção Diária do Hospital Jurandyr  
Manfredini

Centro Psicossocial de Irajá

Ricardo Montalban Hospital-Dia

Clube da Esquina

Casa da Palmeiras

Associação Casa Verde

**Em Niterói**

Núcleo de Atenção Psicossocial do Hospital de Jurujuba

Centro de Saúde Carlos Antônio da Silva

Centro de Saúde Santa Rosa

PAM engenhoca

Oficina de Expressão SAP/UFF

**Em São Gonçalo**

Associação dos doente mentais de São Gonçalo - ADDOM/SG

**Em Angra dos Reis**

Centro de Atividades Integradas em Saúde Mental (CAIS)

**Em Paracambi**

Pólo de Saúde Mental - Paracambi

**Em Volta Redonda**

Usina de Sonhos - Hospital-Dia

**Em Resende**

Cas Aberta - Programa de Saúde Mental

**Em Santo Antônio de Pádua**

Centro de Atenção Psicossocial Ilha da Convivência

Ainda no Rio de Janeiro, foram inaugurados, no ano de 1998, os CAPS Campo Grande, Santa Cruz e Ilha do Governador.

Em outros estados é importante destacar os trabalhos pioneiros do CAPS Luiz Cerqueira em São Paulo - criado em 1987 - e os NAPS de Santos - cuja história remonta à intervenção da Prefeitura na Casa de Saúde Anchieta em 1989 - atualmente em número de 5, distribuídos pelas regiões da cidade e funcionando 24 horas por dia.

Outro serviço importante é o existente na cidade de Campinas, SP. Chama-se Hospital-dia do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, inaugurado em março de 1991 e que atende atualmente por volta de 100 pacientes, sendo em média 50 paciente por dia. Campinas conta ainda com um projeto de moradias extra-hospitalares, também vinculado ao Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, atendendo

atualmente 11 moradores para um total de 16 vagas.

O Distrito Federal conta, desde 1993, com o Centro de Estudos em Saúde Mental, Núcleo de Reinserção Social Franco Basaglia, e com organismos de suporte como a Cooperativa Beneficente e Social de Saúde Mental, e Conselho Comunitário do Instituto de Saúde Mental - unidade integrante da fundação Hospitalar do Distrito Federal.

Em Juiz de Fora, pode-se destacar a existência de um Centro de Atenção Psicossocial, em funcionamento há mais de 3 anos.

O Ceará conta com o total de 5 CAPS, envolvendo 52 trabalhadores e efetuando em média um total de 3000 atendimentos por mês. O primeiro destes CAPS foi inaugurado em 1991 na cidade de Iguaçú, a 400 km de Fortaleza.

Muitos outros serviços já estão em funcionamento pelo Brasil. A simples descrição de seu funcionamento já proporcionaria um trabalho diferente e distanciaria do objeto de estudo desta dissertação<sup>12</sup>.

### **3.2 - O município do Rio de Janeiro**

O Rio de Janeiro, como outros municípios brasileiros, vem passando por uma reorganização de seus serviços de saúde, em função desses processos de luta por um país e um sistema de saúde mais democráticos<sup>13</sup>.

---

<sup>12</sup> Os dados aqui citados e uma maior descrição dos serviços podem ser encontrados nos Anais do I Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro (1997) e no livro "Reabilitação Psicossocial no Brasil" (Pitta org., São Paulo, 1996).

<sup>13</sup> O tema da reorganização da assistência à saúde no município do Rio de Janeiro foi amplamente explorado na Dissertação de Mestrado "A Reforma Psiquiátrica no Município do Rio de Janeiro: Perspectivas e Impasses" de Valéria Reis, 1996,

E essa reorganização tem como importante meta a ser alcançada a descentralização administrativa-financeira da saúde no país, ou seja, a implementação de autonomia municipal e estadual na gestão de recursos financeiros e materiais na área da saúde.

*“Este processo, ainda em curso, está regulamentado na Constituição Federal (Brasil, 1988<sup>a</sup>), na Lei Orgânica do Município do Rio de Janeiro (Rio de Janeiro, 1990b) e, mais especificamente, no documento ‘Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei’ (Brasil, 1993), onde são estabelecidos os diversos níveis e instâncias de planejamento e gestão de um sistema Único de Saúde (SUS). Este Sistema privilegia o município na gerência e execução das ações e serviços de saúde.” (Reis, 1996:57)*

Por sua história de ex-capital imperial e federal, além de capital do estado, o município do Rio de Janeiro possui uma organização dos serviços de saúde muito peculiar, única no país, especialmente na área da saúde mental. Desde a criação do primeiro hospício em 1852 – Hospício de Pedro II – o Rio de Janeiro tem sido palco privilegiado dos acontecimentos nesta área. O principal fator responsável por esta situação é a localização de todas as unidades hospitalares psiquiátricas do governo federal no município.

A assistência à saúde mental no Rio esteve portanto, sempre vinculada às instituições federais, sejam as próprias unidades do governo, seja através das clínicas privadas conveniadas. O governo do município, enquanto instância gestora, esteve fora deste processo por muito tempo. Recentemente o município começa a participar desta organização, impulsionado pela obrigação de colocar em funcionamento a implementação do SUS e da Lei Orgânica do Município (promulgada em 1990) que estabelece, entre outros

ambulatórios, centros de convivência, hospitais-dia, lares protegidos etc

E é dentro deste contexto que surge, em 1996, o Centro de Atenção Psicossocial Rubens Corrêa, 1º CAPS financiado pela Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, que funciona na Rua Capitão Aliatar Martins, 231, Irajá, local da presente pesquisa.

## SEGUNDA PARTE - A Pesquisa

Nesta parte da dissertação será descrito um serviço em saúde mental representativo do processo de Reforma no Rio de Janeiro, onde foram realizadas entrevistas com alguns de seus usuários com o objetivo de analisar a sua percepção da efetividade das propostas defendidas por esse movimento.

Dentro da perspectiva da pesquisa qualitativa (Minayo, 1994), buscando contemplar a diversidade do processo, toma-se a fala desses atores sociais – os usuários – como legítima e representativa. Buscar-se-á, portanto, nela, os parâmetros daquilo que eles estabelecem como o novo em relação à realidade anterior. Será lançada assim, outra luz sobre a ampla questão da Reforma, acreditando que

*“O conhecimento se faz a custo de muitas tentativas e da incidência de muitos feixes de luz, multiplicando os pontos de vista diferentes. A incidência de um único feixe de luz não é suficiente para iluminar um objeto. O resultado dessa experiência só pode ser incompleto e imperfeito, dependendo da perspectiva em que a luz é irradiada e da sua intensidade. A incidência a partir de outros pontos de vista e de outras intensidades luminosas vai dando formas mais definidas ao objeto, vai construindo um objeto que lhe é próprio. A utilização de outras fontes luminosas poderá formar um objeto inteiramente diverso, ou indicar dimensão inteiramente novas ao objeto.” (Cardoso apud Minayo, 1994:89)*

Busca-se, na verdade, insumos para retro-alimentar o processo numa das fontes (os usuários) que o mesmo deseja atingir.

Estabeleceu-se como amostra um grupo de onze de seus usuários que tivessem experiência(s) prévia(s) de internação (ões) por, no mínimo, seis meses (ininterruptos ou não) e que agora, participassem desse novo serviço por, pelo menos, o mesmo período. O tempo de seis meses foi considerado suficiente para o sujeito vivenciar a

experiência de ser usuário de uma instituição e poder, portanto, ser considerado indivíduo representativo dessas duas realidades.

*“O indivíduo concretiza sobre mil formas possíveis idéias e modos de comportamento implicitamente inerentes às estruturas ou às tradições de uma sociedade dada.” (Sapir apud Minayo, 1994:112)*

Com esses 11 usuários foram realizadas entrevistas semi-estruturadas que partiram de alguns tópicos previamente selecionados em entrevistas piloto feitas com antecedência (os tópicos da entrevista serão relacionados no CAPÍTULO 5).

A instituição escolhida é um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade do Rio de Janeiro inaugurado no ano de 1996 e estruturado de acordo com as novas tecnologias de cuidados propostas pela Reforma.

#### *CAPÍTULO 4*

##### **4.1 - Centro de Atenção Psicossocial de Irajá - CAPS Rubens Corrêa: breve histórico**

Mesmo não tencionando avaliar o serviço em si, julga-se fundamental para a pesquisa a descrição da história da criação do CAPS e seu modo de funcionamento atual. Isto constitui dado importante para contextualizar a análise das entrevistas que foram realizadas. Será explicitado assim, a que região e população o Centro de Atenção Psicossocial atende, como é realizada a triagem de seus usuários e qual é a proposta de trabalho. É importante relacionar e analisar também o número de profissionais e as atividades que são realizadas dentro da instituição.



Segundo entrevista com a coordenadora desta Instituição, a criação do CAPS foi um dos resultados do 1º Censo da População de Internos nos Hospitais Psiquiátricos no Rio de Janeiro.

Este Censo foi realizado de outubro a dezembro de 1995 e teve como objetivo, segundo Tenório (1996: I)

*"[...] levantar o perfil clínico e sócio-econômico desta população, subsidiar o planejamento para alocação de serviços não manicomiais e organizar um arquivo com fichas individuais dos usuários de serviços de internação psiquiátrica ligados ao Sistema Único de Saúde (SUS), visando agilizar o controle da renovação de Autorizações para Internação Hospitalar (AIHs).*

Foi coordenado pela Secretaria Municipal de Saúde, através da Gerência de Programas de Saúde Mental e contou com o trabalho de 90 profissionais de nível superior que, como pesquisadores, visitaram um total de 20 hospitais públicos ou conveniados na cidade e recensearam um universo de 3.235 pacientes.

O Censo trouxe à tona, de uma forma mais sistematizada, a cruel realidade das internações psiquiátricas na cidade do Rio: a falta de cuidado com o sofrimento psíquico, o descaso, os maus-tratos, a rotina de ociosidade.

*"Internações prolongadas, cheias de "quadro inalterado, conduta mantida", ócio como rotina, ausência de atividades terapêuticas diversificadas, episódios de indiferença e falta de cuidados foram descrições típicas." (Tenório, 1996: XV)*

O Censo verificou também que um grande número de internos não estava abandonado pelas famílias, que faziam visitas sistemáticas; tinham instrução que alcançava o 2º grau, e que muitos tinham atividade laborativa antes de suas primeiras internações e que à medida que estas se repetiam, iam se desvinculando dessas atividades.

*"Pois bem, cotejando os dados relativos à situação laborativa dos pacientes no período imediatamente anterior à sua primeira internação*

*e os dados relativos ao período anterior à atual internação, percebe-se uma "migração" significativa: enquanto na época da 1ª internação a percentagem de pacientes "não inseridos no mercado de trabalho" era de 36,75%, na época anterior à atual internação eram 64,96% os pacientes nesta condição." (Tenório, 1996:III)*

Os resultados do Censo trouxeram subsídios para a criação de dispositivos extra-hospitalares que de fato promovessem os cuidados que os pacientes psiquiátricos requeriam e possibilitassem a vida fora do manicômio. Não somente uma estrutura física, mas um dispositivo que estivesse de acordo com a proposta da Reforma Psiquiátrica, construindo novas modalidades, possibilidades de conviver e viver com a loucura.

*"A criação de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) faz parte da agenda do Plano Estratégico da Cidade do Rio de Janeiro e estamos trabalhando com as parcerias da Secretaria de Desenvolvimento Social e de Organizações não Governamentais como o Instituto Franco Basaglia" (Fagundes/Libério, 1997:30)*

Um dos produtos do Censo, portanto, foi a criação de um serviço que até então inexistia no município, um serviço de atenção diária, o primeiro CAPS do município (Atualmente estão em funcionamento outros dois CAPS nos bairros de Campo Grande e Santa Cruz).

Essa criação dependeu (assim como depende o seu funcionamento) de uma parceria de recursos materiais e humanos entre as Secretarias Municipais de Saúde e Desenvolvimento Social e também do Instituto Franco Basaglia, Organização Não-Governamental com projetos voltados para a área de saúde mental, com sede no Instituto Phillipe Pinel

O local escolhido para a implantação deste primeiro estabelecimento foi a Área Programática 3.3 – AP3.3 (o município do

Rio de Janeiro está dividido em 10 Áreas Programáticas<sup>14</sup>) pois, segundo a coordenadora do CAPS Irajá, seria uma área estrangulada em termos de serviços assistenciais e havia um grande número de pacientes psiquiátricos, segundo os dados do Censo. O prédio foi conseguido (era um prédio abandonado da antiga LBA - Legião Brasileira de Assistência) através de uma parceria com a Secretaria de Desenvolvimento Social e com a FUNLAR (Fundação Municipal Lar Escola Francisco de Paula).

O CAPS Irajá foi formalmente inaugurado em 30/07/96, embora já estivesse em funcionamento desde maio deste mesmo ano. Seus objetivos gerais são:

- *“Propiciar ao sujeito a reconstituição de redes de sociabilidade.*
- *Favorecer o processo de AUTONOMIZAÇÃO, EMANCIPAÇÃO do sujeito, a emergência da capacidade de GERIR sua vida: TRABALHO, AFETIVIDADE e RELAÇÕES.*
- *Oferecer-se como um filtro de atendimento entre o hospital e a comunidade com vistas à construção de uma rede de atenção de serviços, preferencialmente comunitários.*
- *Estabelecer-se como núcleo de sistematização de práticas de cuidados mais intensivos, visando ampliar a resolutividade da rede de atendimentos externos em direção à DESINSTITUCIONALIZAÇÃO e DESOSPITALIZAÇÃO.”*  
*(Projeto Terapêutico - CAPS Rubens Corrêa :03. Os grifos estão contidos no texto original)*

Com uma equipe multidisciplinar composta de 19 profissionais de nível médio e superior, sendo 5 psiquiatras, 3 psicólogas, 1 pedagoga, 3 terapeutas ocupacionais, 1 assistente social, 1 enfermeira, 1 nutricionista 2 artesões e 2 auxiliares de enfermagem, o CAPS se propõe a atender uma população de 150 usuários cadastrados, com um

---

<sup>14</sup> Vide Anexo 1.

fluxo diário de 30 pessoas. Sua clientela é de adolescentes e adultos, de ambos os sexos, predominantemente composta de "pacientes psicóticos e neuróticos graves egressos de Instituições Psiquiátricas ou advindos da comunidade." (idem:04)

O usuário que é encaminhado para o CAPS, passa por uma Triagem que é realizada por dois técnicos de nível superior. E é a partir dessa triagem que é feito o Contrato<sup>15</sup> Inicial de Avaliação, que fica estabelecido entre o usuário e sua família, podendo durar de 15 a 30 dias. O contrato tem a função de verificar a adequação do sujeito à Instituição e vice-versa. Findo este período e verificada a indicação para o tratamento, é estabelecido um contrato específico com o usuário, onde um dos técnicos que participaram da triagem torna-se o técnico de referência para acompanhamento do processo desse usuário junto à equipe, elaborando as estratégias de abordagem.

#### **4.2 - Funcionamento**

O CAPS funciona de segunda à sexta-feira, em turnos de 8 horas. Às quartas-feiras o funcionamento com os usuários se encerra ao meio dia e é realizada a supervisão de todos os técnicos com supervisores-assessores da Secretaria Municipal de Saúde.

No planejamento inicial do CAPS constavam as seguintes atividades:

- Expressão plástica

Atualmente funciona todos os dias pela manhã. Consiste em trabalhos de desenho e argila. Seu objetivo é a projeção de conteúdos subjetivos em material concreto, além de

---

<sup>15</sup> O procedimento desse Contrato é descrito no Projeto Terapêutico do CAPS. Ainda segundo a entrevista da Coordenadora do CAPS, esse Contrato e o estabelecimento do técnico de referência são estabelecidos verbalmente. Não existe nenhum registro escrito desse acordo.

possibilitar o desenvolvimento da motricidade, muitas vezes prejudicada pelos anos de uso de medicamentos neurolépticos.

- Expressão corporal

Funciona duas vezes por semana através de exercícios de consciência corporal.

- Oficina literária

Essa atividade embora planejada não conseguiu ser concretizada em função da falta de disponibilidade dos técnicos – envolvidos em outras atividades – e da falta de tempo no horário.

- Grupo despertar

Ocorre diariamente após o café da manhã e, embora tenha como objetivo primordial a troca de informações quanto as atividades do dia, notícias de jornal etc, acaba também por ser um momento importante para que técnicos possam perceber o estado geral do usuário quando chega a instituição.

- Jornal do CAPS<sup>16</sup>

Elaborado por dois técnicos e três usuários que se encontram uma vez por semana com essa finalidade. Sua edição é bimensal e já existem sete números impressos.

- Movimento de Alfabetização

Seu trabalho começou efetivamente em agosto de 1997, com a coordenação da pedagoga que pertence à equipe. Está se estruturando uma rede de intercâmbio dentro das instituições educativas da comunidade e até o atual momento quatro

---

<sup>16</sup> O planejamento do Jornal do CAPS, junto com os usuários, se deu nos meses de set/outubro de 1996. A primeira edição do mesmo saiu em 18/11/96 e a 7ª e última, em abril de 1998. Foi possível, durante o período da pesquisa, ter acesso a três edições do Jornal. Nestas há reportagens sobre saúde mental, poesias, entrevista com técnicos e usuários, informes sobre acontecimentos na área da saúde e saúde mental, notas sobre reuniões de usuários, familiares e técnicos.

usuários já retornaram à escola regular.

- Oficina da Música

Realiza-se toda terça-feira e tem o objetivo de exercitar mais essa forma de expressão dos usuários. O técnico responsável por essa oficina está formando e ensaiando um coral da instituição.

- Oficina de costura

Acontece às quintas-feiras, quando há demanda dos usuários para que ela se realize. Não é sistemática. Colabora para que isso aconteça a escassez de material.

- Oficina de marcenaria

Assim como a oficina de costura, não é sistemática pela pouca demanda dos usuários e pela falta de material, embora participe da equipe um artesão responsável.

- Oficina de Culinária

Esta oficina mudou de nome e de objetivo. Se chama atualmente Oficina de nutrição e tem um caráter mais informativo, tratando de higiene e limpeza, propriedades dos alimentos etc.

- Horta e Jardinagem

Funciona todas às quintas-feiras, embora, assim como outras, tenha dificuldades com o material. Seu objetivo é estimular a sensibilidade, concentração, coordenação motora e a posteriori, poder constituir-se uma atividade profissional.

- Atendimento individual

É realizado por qualquer técnico, dependendo da demanda dos usuários e das resoluções da equipe para aquele caso.

- Grupo de medicação

Os usuários são divididos em grupos de acordo com a

quantidade de psiquiatras. Assim, cada médico tem seu grupo e realiza com ele reuniões semanais onde são avaliados os efeitos e são feitos os reajustes necessários da medicação.

- Reunião de família

Acontece às quintas feiras com os familiares dos usuários e equipe técnica.

- Associação de familiares e usuários

Foi fundada em fevereiro de 1998 e suas reuniões ocorrem semanalmente após o grupo de família. Tem o objetivo de propiciar a troca de experiência entre as pessoas, favorecer a emergência da ajuda mútua na busca de soluções solidárias e favorecer a implementação de mudanças que diminuam dificuldades pessoais e lhes confirmem autonomia. Seus objetivos se confundem com os da Reunião de família, porém, é importante ressaltar que, diferente do grupo de família, a associação é uma instituição legalmente regulamentada e possui direitos e deveres junto à formulação das políticas públicas de saúde em todos os âmbitos.

- Visitas domiciliares

É definida pela equipe a necessidade da visita ao domicílio do usuário. Tem a função de favorecer a reinserção do mesmo e de sua família ao tratamento.

- Oficinas volantes

Como o próprio nome sugere são oficinas que reservam espaço para atividades extraordinárias, de acordo com o interesse dos usuários e os acontecimentos do momento. Ultimamente, por exemplo, os usuários têm realizado caminhadas pelo bairro às sextas-feiras em companhia do artesão da equipe.

- Clube de amigos dos CAPS

Foi planejado para ser um espaço aberto aos familiares, amigos e a comunidade, constituindo-se um intercâmbio entre esses segmentos e os CAPS para organização de festas e eventos. No momento, entretanto, funciona em parceria com o Clube da Esquina, um espaço, que tem os mesmos objetivos já citados, porém é organizado pelo Instituto Phillipe Pinel e o Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, no Campus da Praia Vermelha em Botafogo.

Funcionam no CAPS ainda duas oficinas que não constavam no planejamento inicial:

- Oficina de Teatro  
Coordenada por uma Terapeuta Ocupacional da equipe que ocorre semanalmente há 5 meses.
- Oficina de serigrafia  
Está começando a ser estruturada.

#### **4.3 - Os usuários do CAPS**

Participam desse novo projeto da prefeitura um número significativo de pessoas: o CAPS está atualmente com sua lotação completa e uma fila de espera que aumenta a cada dia.

São pessoas que a Reforma chama de cidadãos, na tentativa de romper com o paradigma já explicitado. Pessoas cujo papel durante a história da psiquiatria, como já visto, sempre foi de coadjuvantes e/ou



mesmo figurantes. O louco/usuário<sup>17</sup> deixa de ser agora, simples objeto da intervenção psiquiátrica para se tornar agente de transformação da realidade, protagonista na construção de outras possibilidades de tratamento, trabalho, convivência social.

São novos sujeitos de direitos e deveres, embora ainda não esteja terminada a batalha para transformação final dos Códigos Civil e Penal que consideram o louco como um ser incapacitado para a vida social e política.

A proposta do CAPS é estabelecer condições para que esses sujeitos pensem, sintam, desejem e coloquem-se perante outros. Como em todo grupo social devem ser respeitados espaços comuns uns aos outros e devem saber a hora, o local e a forma de se expressarem.

E por que não expressar suas opiniões sobre essas mudanças? Não são eles próprios que sofrem “na pele” os maus-tratos e/ou o respeito? O que têm a dizer sobre serem tratados de forma diferente? Será que percebem essa diferença ou será que a Reforma e suas novas propostas não chegaram a atingi-los de uma forma significativa? A

---

<sup>17</sup> A expressão usuário é cunhada no Brasil ao fim da década de 80/início da década de 90 quando são criadas várias associações de pacientes e familiares. É criada em substituição a outras como louco ou doente mental que passam a ser consideradas restritivas e inadequadas. Atualmente também este termo está sendo objeto de críticas por remeter novamente às mesmas conseqüências e estigma dos anteriores.

*“Antes éramos chamados de pacientes, depois, pretendemos ser chamados de usuários numa tola tentativa de agir politicamente correto. Isso não nos satisfaz. Quando somos apresentados a outras pessoas faço questão que seja assim: “Fulano, está é Graça, minha amiga, ou José Adão, meu amigo”. Se as pessoas em questão têm alguma qualificação profissional que se diga. Apresentar alguém como usuário ou paciente é ainda recorrer ao estigma, é mais ou menos como dizer “aqui está um louco que faz uso dos serviços de saúde mental”. É claro que há situações em que a definição se faz necessária, mas nem sempre.”(Fernandes, 1993:37)*

exclusão estaria agora "humanizada"? Ou será que de fato está se conseguindo que a sociedade construa uma nova forma de lidar com a loucura?

Foi pensando nessas questões que a pesquisa concentrou seu interesse na análise do discurso de alguns dos usuários do CAPS Rubens Corrêa, buscando sua percepção da efetividade das propostas defendidas pela Reforma.

#### **4.4 - A inserção do pesquisador no CAPS**

O CAPS Irajá foi o local escolhido para ser pesquisado em função da crença de que ele se constitui como uma ruptura com a instituição manicomial tradicional: ele não funciona dentro dos limites de um outro estabelecimento de internação nem tem contato direto com algum deles.

O primeiro contato pelo telefone foi automaticamente respondido com um convite para conhecer o local e tratar pessoalmente do projeto de pesquisa. A facilidade do contato e do contrato inicial demonstrou, desde a primeira visita, que pretendia-se de fato fazer deste estabelecimento um local aberto. Somente duas coisas foram solicitadas: que o pesquisador apresentasse seu projeto durante uma reunião de supervisão para toda a equipe, e que fizesse também uma apresentação na assembléia semanal dos usuários. Era preciso que ficasse claro para os usuários que a presença do pesquisador não implicava em obrigatoriedade para participar da pesquisa.

Na reunião da equipe, o projeto foi aceito sem qualquer problema e a equipe se mostrou solícita para acompanhar e ajudar no que fosse necessário. Novamente foi reforçada a necessidade da

apresentação aos usuários e de que ficasse claro, para todos, que seria uma entrevista voluntária, que não se constituiria em benefício ou, ao contrário, em nenhuma espécie de represália.

Na primeira assembléia dos usuários a apresentação não repercutiu muito. A apresentação foi sucinta e nenhum deles perguntou nada e nem se mostrou interessado em participar. Foi proposto que houvesse uma outra apresentação mais detalhada na assembléia mais próxima. Talvez a proposta da pesquisa não tivesse ficado clara...

Na assembléia seguinte a apresentação foi mais clara e foram solicitados voluntários. Três pessoas se dispuseram a sê-lo. Depois destas, os entrevistados seguintes foram escolhidos segundo indicação da coordenadora do CAPS e/ou outro membro da equipe. Alguns usuários também pediram para serem entrevistados e o seu pedido era aceito se eles se enquadrassem no perfil desejado para a amostra (tempo de internação e de adesão ao CAPS). Senão, era-lhes explicado detalhadamente o porque da recusa de sua ajuda.

Julgou-se desnecessária uma nova apresentação em grupo, posto que todos os usuários já tinham conhecimento da pesquisa e pelo fato de todos serem informados sobre todo o processo novamente antes de começarem a ser entrevistados.

O pesquisador passou a freqüentar o CAPS pelo menos uma vez na semana, houvesse ou não marcada alguma entrevista. A presença era considerada importante para o entrosamento do pesquisador na vida da Instituição sem causar qualquer estranheza às pessoas. De fato, ao final de duas semanas havia um tal entrosamento que os usuários costumavam achar que o pesquisador fazia parte da equipe técnica do CAPS.

Foram realizadas um total de onze entrevistas no período de julho de 1997 a fevereiro de 1998. Além das entrevistas o pesquisador

participou de eventos sócio-culturais do CAPS, como a festa de carnaval, encontros com representantes da Secretaria de Saúde do município do Rio de Janeiro etc. Foram realizadas também duas entrevistas com a coordenadora do CAPS: uma versou sobre a história do CAPS e outra sobre as oficinas existentes no mesmo.

Todas as entrevistas foram gravadas, à exceção da primeira feita com o usuário e a segunda da coordenadora quando o gravador foi esquecido. Nenhum usuário e nem a coordenadora se importou com o fato de serem gravados.

As entrevistas foram freqüentemente planejadas e marcadas com uma semana de antecedência.

## *CAPÍTULO 5*

### **5.1 - Entrevistas**

Foram realizadas no CAPS um total de onze entrevistas durante o período da pesquisa. Estas entrevistas eram semi estruturadas, e partiram de alguns tópicos previamente selecionados. Como recurso para a transformação dos dados em material de análise, bem como para sua interpretação optou-se pelo uso da análise do discurso, procurando compreender dentro deste (discurso), o modo como estes usuários se percebem neste novo contexto, agora enquanto atores sociais e não mais como assujeitados/tutelados por uma instituição. (A tabela com os principais dados dos usuários vem em anexo ao texto).

Como estratégia de pesquisa, a fim de gerar as categorias de análise a serem utilizadas nas entrevistas propriamente ditas, estabeleceu-se como procedimento a realização de entrevistas-piloto.

Foram realizadas duas entrevistas-piloto com dois ex-usuários de serviços de saúde mental do Rio de Janeiro, que agora fazem parte do movimento de Reforma Psiquiátrica como militantes efetivos e atuantes. Elas ocorreram dentro do Instituto Phillipe Pinel, onde acontecia o I Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro, já citado na Introdução desta dissertação.

Essas entrevistas foram realizadas pouco antes do contrato com o CAPS e, portanto, pouco antes de ser possível entrevistar seus usuários.

As entrevistas piloto permitiram ao pesquisador preparar a estrutura invisível (segundo Nicolaci-da-Costa, 1989) que foi utilizada nas entrevistas que foram feitas com os usuários do CAPS.

As entrevistas com os usuários do CAPS foram realizadas nas dependências do mesmo, sendo escolhida aquela que no momento estivesse à disposição, sem nenhuma oficina ou outra reunião

qualquer. O conforto não foi um item muito procurado (e nem encontrado) mas, de forma geral conseguia-se uma privacidade bastante razoável – às vezes a entrevista era interrompida por algum usuário ou técnico a procura de alguém. As entrevistas transcorreram em ritmo de uma conversa cotidiana, sendo feitas perguntas somente quando era percebido que o entrevistado não havia respondido algum dos tópicos selecionados na estrutura previamente estabelecida. O gravador foi usado durante todo o tempo das entrevistas, com a prévia autorização dos entrevistados.

## 5.2 – Estrutura das entrevistas

- 1) Histórico pré-Reforma – as primeiras questões colocadas aos usuários diziam respeito ao seu histórico de internações: épocas, hospitais ou clínicas e tempo de permanência nos mesmos. A partir desse primeiro estímulo os usuários expunham toda a sua carreira psiquiátrica<sup>18</sup>. Dentro desse tema, era perguntado ao usuário se ele sabia de seu diagnóstico, se ele tinha algum e se ele acreditava que o que sentia constituía ou não uma doença que merecia tratamento especializado.
- 2) Contato com o CAPS – foi perguntado aos usuários como conheceram o CAPS, há quanto tempo participavam do mesmo e quais eram suas atividades no local.

---

<sup>18</sup> Goffman detalha em seu livro “Manicômios, Prisões e Conventos” (1961) a carreira moral do doente mental, analisando como o paciente, após passar por todo um processo de mortificação do eu dentro da instituição psiquiátrica acaba por tornar-se um ser sem identidade, distanciado das regras sociais fora desta instituição.

*“No entanto, a carreira moral do doente mental tem um interesse singular; pode exemplificar a possibilidade de que, ao tirar as vestimentas do antigo eu - ou ter suas veste arrancadas - a pessoa possa não sentir a necessidade de uma nova roupa e uma nova audiência diante da qual se vista. Ao contrário, pode aprender, pelo menos durante certo*

- 3) Comparativo – a partir dessas primeiras informações, foi solicitado aos usuários que colocassem suas impressões sobre os dois tipos de serviço aos quais tinham tido acesso: diferenças, semelhanças e preferência por algum local específico.
- 4) Visão futura – as entrevistas foram sempre finalizadas com o questionamento aos usuários de seus planos para o futuro.

Foram também questionados sobre dados básicos de identificação como profissão, fonte de renda atual, escolaridade (própria e dos pais) e se eram ou não tutelados pela família ou por alguém determinado pela Justiça. A obtenção destes dados possibilitou a formação de um material para análise do contexto sócio-cultural do entrevistado. Estes são, em última análise, os indicadores através dos quais a sociedade identifica unicamente cada um destes sujeitos. As lentes através dos quais ela os enxerga.

Os prontuários dos usuários também foram analisados e colhidas as informações relevantes para a pesquisa. A intenção era recolher dados como o Cid (Código internacional de doenças) dos entrevistados, quando este constava em sua pasta; assim como algumas indicações sobre os remédios e o aproveitamento nas atividades realizadas pelos usuários.

### **5.3 – Análise das entrevistas**

Do total de 11 entrevistados, 4 são mulheres e 7 são homens.

Somente um dos entrevistados não preencheu todos os requisitos da pesquisa: ele teve apenas duas curtas internações psiquiátricas (15 e

---

*tempo, a apresentar, diante de todos os grupos, as artes amorais do despudor." (p.143)*

29 dias respectivamente) apesar de ter uma longa história de acompanhamento com neurologistas e psiquiatras. Este fato só foi descoberto quando a entrevista estava em curso. A entrevista foi, de qualquer forma, incluída na amostra, em função da riqueza do relato, e do grande interesse do entrevistado (U8) em expor sua experiência de vida.

Os demais entrevistados sofreram diversas internações durante suas vidas. Alguns deles já nem se recordam a ordem e o local de suas internações. As Instituições mais citadas foram Hospital Pedro II, Hospital Pinel, Clínica Humaitá, Clínica Monte Alegre, Clínica Santa Juliana, Unidade de Saúde Mental da Marinha, Clínica Bela Vista e Sanatório Rio de Janeiro – todas localizadas no município do Rio de Janeiro.

Suas idades variam de 23 a 61 anos. Sua escolaridade vai do completo analfabetismo – por apresentarem dificuldades no aprendizado desde a mais tenra infância – até o segundo grau completo, com formação de professor e contabilidade. Dois entrevistados deixaram de estudar após o 1º surto, quando cursavam o 2º e 3º ano de 2º grau.

Quase todos têm alguma profissão (tecelão, vendedor, auxiliar de enfermagem, professora) – e as exerciam antes de seu processo de adoecimento e, mesmo entre suas internações. Atualmente nenhum dos entrevistados exerce alguma atividade laborativa. São pensionistas do INSS ou estão em benefício previdenciário (4) e/ou são mantidos pela família.

Em termos de classificação nosográfica, utilizando uma expressão da psiquiatria clássica, pode-se dizer que seus diagnósticos não são uma preocupação central. O CAPS não trabalha sob o domínio do referencial médico como acontece em muitas instituições psiquiátricas. Sua proposta, assim como está relatada no artigo da revista “Saúde em foco” da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de



Janeiro (novembro/97), é de uma clínica diferenciada, onde o cuidado implica antes de tudo no conhecimento do sujeito, sua história e seu contexto social. Nesta proposta não é a presença ou ausência de sintomas que define a “melhora” ou “cura”. Não é o diagnóstico que norteia a assistência: a prática clínica não se orienta, portanto, em função da moral de adaptação vigente mas sim das respostas dadas pelos sujeitos em cada etapa de sua assistência sobre “o que ele ganha ou perde em autonomia, respeito por si próprio e pelo outro, quando exposto a certos procedimentos terapêuticos” (Costa in Goldberg, 1994: 16).

Há uma avaliação psiquiátrica e acompanhamento médico e farmacológico pelos psiquiatras da equipe, mas não existe uma preocupação maior em estabelecer um Cid<sup>19</sup> (é importante ressaltar que este procedimento é totalmente diverso do que acontece em muitos hospitais, onde o estabelecimento do Cid é de vital importância, inclusive para avaliação e conseqüente pagamento das AIHs<sup>20</sup> do INSS).

Julgou-se importante entretanto, relacionar aqui alguns dos diagnósticos encontrados: transtorno bipolar do humor (antiga PMD – psicose maníaco depressiva), psicoses não-orgânicas, esquizofrenia residual, psicose atípica, neurose depressiva. São pessoas com diagnósticos e prognósticos muito diferentes, algumas até com um diagnóstico – esquizofrenia residual<sup>21</sup> – que seria considerado sem perspectiva em quase todo hospital psiquiátrico.

Todos os entrevistados freqüentam o CAPS há pelo menos 10

---

<sup>19</sup> Classificação Internacional de Doenças, publicada pela Organização Mundial de Saúde.

<sup>20</sup> Autorização de Internação Hospitalar: são as famosas guias que autorizam o pagamento das diárias dos pacientes no hospital. Famosas pelo fato de serem fraudadas por muitos hospitais.

<sup>21</sup> “Embotamento emocional, afastamento social, comportamento excêntrico, pensamento ilógico e leve afrouxamento das associações são comuns. Delírios ou alucinações, quando presentes, não são proeminentes e não são acompanhados por afeto intenso. O curso deste tipo é crônico ou subcrônico.” (Kaplan & Sadock, 1993: 358)

meses.

Cada qual porém, tem seu contrato específico, assim portanto, nem todos vão ao CAPS diariamente e mesmo entre aqueles que vão, existe uma diferença de atividades e interesses.

Como é possível perceber diante deste pequeno resumo da vida dos entrevistados, são pessoas de diferentes contextos sócio-culturais e educacionais, e até mesmo diferentes gerações, mas que têm em comum o fato de serem usuários dos serviços de saúde mental por longos períodos de suas vidas, inclusive atualmente.

Analisando suas falas, observa-se que alguns temas são recorrentes, ou seja, aparecem na fala da grande maioria dos entrevistados, a saber:

#### **Violência (mortificação do eu)**

Em primeiro lugar e de forma bastante incisiva, os usuários são unânimes ao apontar como grande fator diferenciador entre o CAPS e os hospitais psiquiátricos por onde passaram, a **violência**. Esta é descrita das mais diversas formas: a violência física, agressões ao corpo do paciente, obrigações com trabalhos forçados, humilhações públicas, roubos de pertences e impregnação com remédios.

*"[...] mas no Hospital em Niterói eu tinha que ficar só de calção, pois roubavam as roupa, se tinha frutas eles roubavam" (U1)*

*"Eu tinha que lavar minha roupa, eu tinha que lavar aqueles corredores todinho, com água, eu tinha que botar o lixo para fora, tinha às vezes que encerar." (U2)*

*"Porque lá no Doutor Eiras até a enfermeira uma vez me pegou, assim, eu tava impregnada no Doutor Eiras, eu pedindo a ela para me dar um remédio para desimpregnar, aí teve uma lá que me deu um tapa na cara uma escura lá, e outras pessoas."(U2)*

*“Aqui é diferente né, não tem aquela bagunça, não tem aquela gritaiada toda hora, ninguém bate em ninguém, não tem negócio de ficar amarrado, fica amarrado na cama quando altera alguma coisa, amarram o homem na cama e deixa amarrado lá até dar uma injeção para poder dormir e quando ele acorda aí volta a amarrar.” (U3)*

*“Na Marinha é melhor ( o usuário faz a comparação aqui com o Sanatório Rio de Janeiro, outra instituição onde esteve internado) mas se vacilar é amarrado na cama, SOS<sup>22</sup>, ECT<sup>23</sup>. No Sanatório do Rio de Janeiro foi o inferno que eu vivi. Não cheguei a tomar choque não mas cheguei a ser sedado várias vezes, ser amarrado no leito várias vezes, devido a minha crise.” (U5)*

*“Só tive uma vez no Engenho de Dentro que o enfermeiro me tratar mal: eu tava lerdo, todo dopado de remédio, aí não agüentava andar direito né? Aí ele mandou eu tomar banho, mandou eu tomar banho rápido. Aí eu fui andando devagar, que eu tava muito lerdo, muito calmo, aí ele me bateu. Chegou um cara depois e falou: “Bate nele não, ele não tá podendo andar direito.” Nos outros lugar fui bem tratado. Por parte dos médicos, psiquiatras, dos enfermeiros.” (U6)*

*“[...]para ganhar uns negócio de uma pessoa lá, esses infeliz que não tem nada, que é em outro pavilhão, eles ficavam falando: eu quero ver minha mãe na Páscoa! E o enfermeiro batendo. Eu vi muita coisa lá: o cara jogando cadeira no outro, roubando coisa do outro, entendeu? Enfermeiro que empurrava o outro, entendeu? Enfermeiro empurrava. O camarada da portaria também era muito grosso, zombava. [...] Esse*

---

<sup>22</sup> Termo usado para designar a medicação de emergência, administrada em caso de crises. É muitas vezes conhecida como “sossega leão”

*enfermeiro ria. Porque tinha um lá, um senhor lá, que não era nada de doença nervosa, o sobrinho dele internou ele por causa de dinheiro, porque ele tinha uma moeda muito antiga, internou ele. Então ele me contava. Aí eu acreditava, dava a mão a ele. Mas quando minha mãe passou mal, não deixaram eu ir na ambulância, eu preocupado com a minha mãe, ficava nervoso, me deram uma injeção, não sei o que que era.” (U8)*

*“Do que lá na Santa Juliana, é muita gente, muita mulher, lá só tem mulher...lá sai briga, de vez em quando a porrada come, tenho medo, pavor, com minha irmã, eu chorei muito, me arrependi quando ela me internou.” (U10)*

*“Lá nos outros hospitais é a maior bagunça, lá eles, a gente leva uma roupa pra mudar lá eles panham, roubam, a roupa da gente, às vezes a gente toma banho e fica com a roupa suja, assim, não pode nem mudar a roupa...porque já roubou. Lá nos outros hospitais só tem mulher, faz uma bagunça tremenda.” (U11)*

O que os usuários descrevem pode ser diretamente relacionado com o processo de mortificação do eu proposto por Goffman em seu livro já citado.

*“Na linguagem exata de algumas de nossas mais antigas instituições totais, começa uma série de rebaixamentos, degradações, humilhações e profanações do eu. O seu eu é sistematicamente, embora muitas vezes não intencionalmente, mortificado.” (p. 24)*

A violência é, entre outras coisas, uma forma de disciplina que organiza corpos e mentes. Tem a função de criar a docilidade. Não somente para facilitar o dito “aprendizado” das regras sociais pelos

---

<sup>23</sup> Eletro convulso terapia

pacientes, mas também, é importante colocar, que a docilidade facilita o trabalho dos técnicos dentro do hospital. E pode-se facilmente constatar a sua utilização desde a criação do primeiro hospício brasileiro: o Hospício de Pedro II trazia em seus Estatutos um novo tipo de repressão medida, educativa, medicalizada e extremamente necessária a reabilitação do louco.

*“Artigo 32: os únicos meios de repressão permitidos para obrigar os alienados à obediência são:*

- 1 – a privação de visitas, passeios e quaisquer outros recreios.*
- 2 – a diminuição de alimentos, dentro dos limites prescritos pelo facultativo.*
- 3 – a reclusão solitária, com a cama e os alimentos que o clínico prescrever, não excedendo a dois dias.*
- 4 – o colete de força, com ou sem reclusão.*
- 5 – banhos de emborcação, que pela primeira vez só poderão ser empregados na presença do clínico e nas vezes seguintes na presença da pessoa e pelo tempo que ele designar..*

*Artigo 33: os meios de repressão só podem ser determinados pelo facultativo a cujo cargo estiver o alienado. Em caso urgente, o primeiro enfermeiro poderá empregar, sob a sua responsabilidade pessoal: a privação de visitas, passeios e outros meios de recreio; a reclusão solitária, o colete de força, com ou sem reclusão. O enfermeiro deverá informar ao facultativos os meios empregados e os motivos que fizeram sua aplicação necessária. (apud Machado, 1978:446)”*

Entendendo que o Hospital Psiquiátrico tem a função, entre outras, de excluir o sujeito da sociedade como um todo, verifica-se que ele o faz de diversas formas: a primeira e óbvia é através dos muros que separam um mundo do outro. Em segundo lugar percebe-se que a mortificação do eu faz com que o sujeito seja anulado e despido de sua singularidade, tornando-se um ser desconhecido para si mesmo e para os outros. Suas crenças sobre si e sobre os outros significativos

para ele são modificadas. Na medida em que não tem mais controle sobre seu corpo e suas ações, passa a desconfiar das suas concepções existentes anteriormente. Se a possibilidade de convivência com as pessoas da sociedade dita "normal" já era uma situação complexa (tanto que de alguma forma foi identificado como louco e enviado a um hospital psiquiátrico), imagine o que será para estas pessoas estruturarem novamente suas personalidades, estruturar novas relações sociais a partir do nada, ou melhor, a partir de uma mente adoecida e de um corpo maltratado e humilhado. Talvez o melhor mesmo fosse ficar no hospital...

*"Ficava dormindo, sempre dormindo. Injeção, injeção, injeção, sempre injeção[...] tava robô, todo torto, todo robô. Meus colegas lá da enfermaria me perguntavam o que eu ia fazer em casa: só vai de dormir. Só gosta de dormir, vai fazer em casa o que?" (U4)*

É interessante perceber entretanto, que a humilhação e os maus tratos estão, também, intrinsecamente relacionados à intencionalidade da equipe que trata o paciente/usuário. Explica-se: durante o período da pesquisa, o pesquisador teve a oportunidade de presenciar duas crises de dois diferentes usuários, que foram, da mesma forma controladas pelos técnicos com a força, inicialmente, segurando o usuário e logo a seguir com diálogo e também uma medicação de emergência. Em nenhum momento pensou-se na hipótese de amarrar ou conter o usuário. E, ressalta-se, em nenhum momento isso foi percebido pelos usuários como uma agressão ou violência. Ao contrário, todos tentavam ajudar a equipe a contornar a situação.

### Ociosidade

Um outro tema recorrente nas entrevistas foi o da **ociosidade**. Como Lima Barreto escreveu em seu livro *Diário do Hospício*, o hospital psiquiátrico é descrito como uma espécie de cemitério dos vivos, onde o tempo não passa e as atividades são repetitivas e enfadonhas.

*“Ah! Parece que, na minha cabeça quando eu saí de lá, assim quatro dias, mas eu fiquei quatro meses. Por que esses quatro meses eu praticamente fiquei dormindo, entendeu, então é como se fosse quatro dias. Nessa primeira internação.”(U4)*

*“Por que hospital, eu não sei muito bem disso não, mas hospital eu acho que eles só põe você para dormir. Seda você, deixa você dormindo e cabô.” (U5)*

*“Ficava dormindo, sempre dormindo. Injeção, injeção, injeção, sempre injeção, vai dormir, toma injeção. Meus colegas lá da enfermaria me perguntavam o que eu ia fazer em casa: só vai de dormir. Só gosta de dormir, vai fazer em casa o que.”(U4)*

*“[...] fui encaminhado e me internaram. Foi ruim, uma experiência ruim. Cê dorme, acorda e tá lá internado, é tudo a mesma coisa, um dia após outro, é tudo a mesma coisa, não muda nada.” (U7)*

O CAPS é sempre citado como um local de atividades, onde é exigida uma participação do usuário. Como já foi descrito, esta é a proposta do trabalho, proposta esta que é seguida por todos os técnicos e reconhecida pelos usuários.

*“É o contrário do trabalho aqui. Aqui você tá sentado num sofá desse aí, passa uma pessoa e te olha, senta perto de você e começa a conversar... certamente senta perto de você e começa a bater-papo, arrancar coisa de você, levar para assembléia, lá fora mesmo...” (U4)*

A questão da ociosidade e seu correlato, o trabalho, estiveram sempre presentes na psiquiatria brasileira, desde os primórdios de sua constituição. O hospício foi concebido para ser um lugar isolado da sociedade, mas que, ao mesmo tempo, refletisse sua organização e disciplina, para que estas pudessem ser, por assim dizer, reaprendidas

pelos loucos, destituídos de razão. Assim, o hospício não pode ser um lugar de ócio ou de inércia, na medida que o tratamento visa a reinserção do alienado na sociedade após a sua cura.

Machado (1978) relata que não há dúvida quanto a importância da ocupação do tempo com o trabalho no Hospício de Pedro II. Em seu regimento, o artigo 51 é bem claro ao informar que “o trabalho só será interrompido pelas refeições e recreios e pela aplicação dos banhos e outros remédios que os facultativos prescreveram.” (p.440)

Franco da Rocha, o Pinel brasileiro<sup>24</sup>, já em 1895 arregimentava forças para sua proposta de criação em São Paulo de uma instituição que atendesse aos ideais do alienismo, utilizando-se em seu discurso da questão da ocupação do tempo dos alienados:

*“A primeira necessidade em relação ao tratamento dos loucos, já o governo a compreendeu, e trata seriamente da organização de um asilo fora dos limites da capital. Evitar a acumulação de doentes numa só casa; – separá-los, atendendo a certas condições individuais, e dar-lhes um trabalho qualquer, que lhes ocupe a tenção, eis os três pontos capitais no tratamento dos alienados[...].” (Rocha apud Cunha, 1986:67)*

O trabalho para a psiquiatria sempre teve um cunho de terapia, de ocupação de mãos e mentes para que estes não tivessem tempo para criar nada além do que os psiquiatras prescreviam. É assim possível encontrar em todos os grandes hospitais uma sala de laborterapia, onde os internos sob orientação dos técnicos, realizavam atividades automatizadas, repetitivas, muitas vezes sem nenhum valor comercial e/ou artístico. Atividades estereotipadas: para as mulheres crochê, costura, cozinha. Para os homens, a roça, a plantação ou trabalhos pesados.

---

<sup>24</sup> “Tido e havido como o ‘Pinel brasileiro’ - pelo menos pela parcela mais conservadora dos psiquiatras e historiadores da psiquiatria no Brasil -, Franco da Rocha desempenha um papel fundamental na história da medicina mental e das formas ‘científicas’ da



Diz Cunha (1986) sobre o trabalho no Hospital Juquery:

*Para os homens, a roça e outras atividades onde dispusessem da 'aparência de liberdade' [...] Para elas, a reclusão do trabalho doméstico, encerrado entre as paredes daquela casa coletiva. A agulha, o fogão, a sala de trabalhos manuais, espaços fechados condizentes com a idéia da normalidade da condição feminina. (p.89)*

Independentemente dessas tentativas de organização do trabalho "terapêutico", cujos resquícios pode-se achar até os dias de hoje, a ociosidade sempre foi uma marca do hospital psiquiátrico. Provavelmente porque não havia e não há, nada de terapêutico numa atividade automatizada e estereotipada, que não tem qualquer valor social e, na maior parte das vezes, nem individual. O ócio assim, é uma imagem quase sempre presente na memória dos ex-internos desses estabelecimentos. Observa-se na fala dos entrevistados assim como nos relatórios que fizeram parte do 1º Censo da População de Internos nos Hospitais Psiquiátricos no Rio de Janeiro: "...o cotidiano dos pacientes limitava-se á alimentação e medicação(...). O tempo parece não ser ocupado com atividades terapêuticas, ficando [os pacientes] ociosos durante todo o dia.(Santos e cols,1995).

Noutra instituição, "os pacientes, quando não estão dentro das enfermarias, permanecem no pátio interno por quase todo o tempo. No mais completo isolamento e abandono..." (Santos e cols,1995).

### **Afetividade**

Um terceiro tema citado sempre nas entrevistas com os usuários é o do carinho e da atenção recebidos por eles dentro do CAPS. Este assunto é utilizado para efeito de comparação entre a internação e o que eles vivem atualmente.

---

*assistência psiquiátrica no país." (Cunha, 1986:63)*

*“Aqui é legal, não tenho nada que falar não, todo mundo legal, são todos atenciosos, todas elas.” (U3)*

*“Quando você tá mal eles sabem: Você não tá legal? O que houve? Você não fez a barba hoje?...Até isso eles cobram, entendeu? Então você chega em algum lugar, né? Também diante dessa atenção, desse carinho e desse trabalho chega em algum lugar. Eu cheguei!” (U4)*

*“É, ótimo, fala comigo. É diferente: pessoal é super carinhoso, os usuários também são carinhosos, super legal.” (U5)*

*“Aqui os técnicos nos tratam com carinho, no dia de um aniversário a gente se beija. Coisa que eu nunca tive com meus pais.” (U1)*

As relações sociais dentro de um hospital psiquiátrico, entre equipe técnica e pacientes, é sempre referida como algo frio e distante. Como se a intimidade e/ou a proximidade física levasse a um desconforto por parte dos funcionários. Ou então como se isso impedisse a plena recuperação desse paciente, posto que é preciso manter uma hierarquia para que a disciplina se mantenha e o paciente interiorize as normas. Esse tipo de postura, entre funcionários e pacientes, que é relatado pelos usuários do CAPS hoje, pode ser facilmente encontrado também desde o início dos grandes hospitais. Enquanto que o Dr. Simoni advogava em seu texto “Importância e necessidade da criação de um manicômio ou estabelecimento especial para o tratamento dos alienados”, as qualidades necessárias a um bom enfermeiro, que incluíam a severidade, a doçura, a coragem e a prudência, observa-se que, de fato, o que havia nos hospitais de ontem e de hoje eram homens truculentos, elementos indispensáveis à manutenção da ordem.

*“Um enfermeiro em luta com um doente vazou-lhe um olho, não se podendo determinar se foi um fato de mera casualidade ou se entrou nisto execrável brutalidade da parte dos enfermeiros...[...]” (apud Machado:461)*

Ou como relatam os usuários: *“Aí eu fui andando devagar, que eu tava muito lerdo, muito calmo, aí ele me bateu (refere-se ao enfermeiro).” (U6) “[...] mas se vacilar é amarrado na cama, SOS”.(U5)*

### **Liberdade**

Outra temática importante na fala dos usuários é a da liberdade que é sentida dentro do CAPS, em oposição ao sentimento de prisioneiros que tinham quando estavam internados. Uma das falas denomina explicitamente a internação como uma prisão enquanto outras apenas fazem referência a um desejo que foi sempre reprimido e considerado sintomático dentro de um hospital psiquiátrico: o da liberdade. Sintomático pois se o tratamento deve se realizar através da ordem e disciplina, querer sair, fugir, implica necessariamente numa recusa a aceitação das regras e conseqüente impossibilidade de tratamento e reabilitação. Cunha (1986) escreve sobre o assunto em seu livro.

*“São também comuns as anotações relativas à insistência dos internos em 'voltar para casa', sair do hospício, retornar à sociedade. Muitas vezes tal desejo é assumido, na construção do caso pelo alienista, de uma forma psiquiatrizada, que reforça a imagem da loucura de quem a expressa: no prontuário de José, internado por razões estreitamente vinculadas à sua condição de homossexual, o médico preenche o item do prontuário relativo à existência de 'idéias fixas', com o comentário de que o interno está acometido de uma 'idéia fixa', a de querer sair do hospício – que constitui o guia único de seu pensamento.” (p.103)*

Como porém não querer deixar o lugar onde se é cerceado e maltratado, segundo as próprias entrevistas?

*“Mudou. Eu tenho liberdade. Chego 8 horas e volto 4 horas para casa. Liberdade de expressão, de dança, de música...” (U5)*

*“Os outros hospital? Que me internaram? Aqui é bem melhor, a gente vai para casa não fica internado, nos outros hospital você se sente mal, fica muito preso...apesar que eu tive sorte, né?” (U6)*

*“Eu me senti melhor do que tá no hospício internada, numa prisão, no manicômio, hospital de louco.” (U10)*

*“Ah! Os outros hospitais é uma bagunça, aqui tem liberdade, entra as 7 e sai as 3, né? Sai as 3. Eu me divirto, tem passeio, a gente passeia, se diverte...” (U11)*

*“Aqui é melhor, aqui é muito melhor do que a Gávea. Aqui é nossa casa, aqui a gente se sente bem [...]” (U8)*

#### **Bem estar psico-social**

A constatação da melhora é uma constante na fala dos usuários. Alguns se referem especificamente à melhora física, ou melhora da doença, ou dos sintomas mais sérios, enquanto outros se referem a uma melhora na sua situação dentro de casa, junto à família e/ou aos amigos.

*“Mudou muita coisa, esqueci as ordens, ninguém me persegue mais, eu achava que tava sendo perseguido, agora não, tá tudo normal.”*

*“Mudou. As pessoas me respeitam mais, que não tinha respeito. Era chamado de maluco, 22. “E aí 22?”*

*E depois que você veio para cá?*

*Mudou, ninguém me chama mais de 22, me chamam de*

naval.”(U5)

“Eu acho aqui legal, o modo de tratar, fiquei melhor, minha língua nunca mais enrolou, graças a Deus. Desde quando começou o tratamento a língua nunca mais enrolou.

E desde que você veio para cá você não teve mais crise?

Não, não, não tive mais nenhuma crise.”

“A minha irmã repara: repara que eu penso agora antes de fazer alguma coisa, penso bastante antes de falar alguma coisa.

“Minha tia acha também que eu melhorei, fazendo as atividades, eu tô melhorando. Melhor do que ficar lá em casa eu me aborrecia, me aborrecia por qualquer coisinha, coisa mínima eu me aborrecia em casa. Agora eu não tô mais assim, me aborrecendo com coisas pequenas.”

“CAPS tá sendo bom para mim, tá melhorando tudo pra mim, tá ficando tudo bom.”

Apenas a entrevistada U9 demonstrou estar insatisfeita com o tratamento recebido, apesar de ter relatado também o seu descontentamento com as suas experiências anteriores de tratamento.

“Comecei com 19 anos, eu tava internada na Bela Vista, tava há 3 meses no hospital e depois eu ia para casa. Depois eu piorava e voltava e passava 3 meses e aí eu fiquei até mais ou menos internada, depois do Bela Vista, eu fiquei em outro hospital. E ficava só me internando, e passando mal e me internando, passando mal e internando.”

Julgou-se, no caso que seu relato estava excessivamente contaminado por um desentendimento recente da usuária com alguém da equipe técnica.

*“Mas mesmo assim tenho dificuldades como todos os doentes, tenho dificuldades, tenho problemas. Por que às vezes eu me chateio por que eu esperava que aqui no CAPS... sei lá, eu esperava um pouco mais do CAPS porque no momento que eu falo com uma pessoa, especialmente, falo com a (nome de pessoa da equipe) por exemplo ela não às vezes não me leva a sério... e eu fico muito chateada com isso... É um desabafo, por que hoje mesmo eu comecei... e ela não entendeu e me deu praticamente um fora, um fora. Ai eu peguei e fiquei chateada, mas eu não falei nada, mas por dentro eu sinto muita tristeza, por que eu pensei que o CAPS fosse um lugar melhor. É claro que o CAPS não é um lugar ruim [...].”*

#### **Planos para o futuro**

Uma outra forma de perceber a dimensão desta melhora é encontrada nas expectativas e nos planos formulados por todos os usuários ao final da entrevista. Diferentemente do paciente Andrea, antigo interno de Gorizia, na Itália, cuja fala será transcrita a seguir, os usuários entrevistados vislumbram uma vida melhor, um novo emprego, estudo, uma nova relação com a família, uma nova relação amorosa.

Eis a fala de Andrea:

*“Porque antes, (ele se refere ao período anterior a abertura do hospício) aqueles que estavam aqui pediam para morrer. Antigamente, quando morria alguém, sempre tocava o sino, agora não toca mais. Quando o sino tocava, todos diziam: “Ai, meu Deus, pena que não sou eu quem morreu”, diziam, “que estou cansado de levar essa vida aqui dentro. Quantos deles não morreram, quando podiam estar vivos e cheios de saúde. Mas não, humilhados, porque não tinham nenhuma porta de saída, recusavam-se a comer. Enfiavam a comida pelo nariz deles com a borrachinha, mas não dava pra fazer nada porque estavam*

*presos aqui dentro e não tinham esperança de sair. Como uma planta que fica seca porque não chove e as folhas murcham, assim ficavam as pessoas aqui.” (Basaglia, 1985:17)*

Agora falam os usuários do CAPS:

*“E o valor que eu dou ao CAPS não são os remédios, são as palestras, as atividades, o despertar, as conversas. Eu acredito que foi essas coisas que me levantaram 50%, talvez mais e eu que não perceba. Mas houve mudança, eu não quero morrer, seja o que for, eu quero viver. Meu maior desejo é sair dessa situação e poder arrumar um emprego e poder suprir melhor nossas (refere-se a família) necessidades.” (U1)*

*“Estudei até o segundo ano de contabilidade, mas parei. Mas dá para terminar, eu ouvi o que aquele rapaz disse [se refere aqui a palestra sobre educação ocorrida na semana anterior a entrevista quando foi falado da possibilidade de se terminar os estudos com supletivo] e vou procurar.” (U4)*

*“Trabalhar lá por perto de casa e ficar lá por casa. Faz a minha vida lá por perto da minha casa, de meus familiares.” (U7)*

*“Meu futuro é ser aviador. Ter uma família, cuidar dos meus pais, quando eles ficar bem velhinho, comprar um apartamento, cuidar dos meus pais. Mas eu tenho que colocar o pé no chão primeiro né? Estudar, começar de baixo, se eu conseguir ser aviador, se eu não conseguir, serei outra coisa. Mas meu sonho é conseguir ser aviador, eu vou conseguir se Deus quiser. Arrumar um apartamento, que nem o meu primo, arrumar um apartamento e morar com meus pais até casar. Se eu conseguir uma garota deficiente está bom, se eu conseguir uma normal também, o importante é o amor delas.[...] eu já tive em*

*várias escolas, agora estou nessa que a [pessoa da equipe] arrumou, eu gosto muito da [pessoa da equipe] por que ela me dá limite, ela quer fazer de mim um homem e eu sou grato a ela por isso.” (U8)*

*“Quero estudar, arrumar um emprego, ter minha casa, meu marido, o Carlinhos.” (U10)*

*“Quero que meu irmão me dê uma máquina de costura, porque eu sei costurar.” (U11)*

*“Aqui eles dão uma chance pra gente se reabilitar, trabalhar, não é como internado.” (U7)*

### **Família e participação social**

Alguns usuários mencionaram também dois temas que não foram unânimes nas entrevistas mas que, por sua importância merecem destaque.

O primeiro deles diz respeito aos familiares. Este é um aspecto muito importante dentro do CAPS, e, por que não dizer, dentro de todo processo da Reforma. A família, dentro das propostas das novas tecnologias de cuidado é peça essencial, sendo quase impossível a realização de um projeto como o CAPS ou NAPS ou Oficina protegida sem a cooperação da família. Por razões óbvias, não é possível realizar um trabalho com o usuário durante o dia e depois deixá-lo sem nenhum suporte. Além disso, a família é encarada como o primeiro grupo social, primeira pequena parte da sociedade a ser atingida e a ser conscientizada de que é possível conviver com a loucura em suas diferentes formas de manifestação. E essa conscientização é feita no CAPS diariamente, com a inserção dos familiares no cotidiano da instituição, nas reuniões sociais, nas lutas políticas.

Um dos usuários descreve muito bem essa proposta de mudança,



apesar de deixar bem claro que sua família não está participando ativamente das reuniões do CAPS:

*“Mudou porque eu mudei. Principalmente com a minha família. Existe aqui o grupo de família né? Minha família não vem. Meu pai veio duas vezes depois não veio mais. Só que eu assisto essa reunião de família. E todas as famílias têm problemas, entendeu? Então eu tô aprendendo aqui a lidar com a minha família mesmo sendo visto como doente. Mas eles estão vendo a minha melhoria.*

*E eles te tratam diferente?*

*Diferente, eles vão mudando comigo. Se eu tô mudando com eles, eles tão mudando comigo.” (U4)*

Este depoimento, de certa forma, resume o ideal de um trabalho que tem como principal objetivo construir um novo espaço social para a loucura. Fica fácil imaginar que a reprodução desta situação – que nem mesmo é a ideal dentro do CAPS – em larga escala possibilite cada vez mais a aceitação da diferente experiência da loucura dentro da comunidade.

Outra questão específica trazida por um usuário é a da inserção política, inserção no movimento de reforma psiquiátrica. Observa-se que, entre outras tantas mudanças proporcionadas pelo CAPS, a conscientização da questão política dos doentes mentais merece ser destacada pois deixa claro que a intenção/objetivo último do CAPS não é criar uma outra forma de “hospitalização”, uma hospitalização mais humanizada, como diriam algumas críticas. Seu interesse é ampliar a discussão sobre a situação social do doente mental dentro da sociedade. Assim, além da recente criação da Associação de Amigos e Familiares do CAPS, vê-se que alguns de seus membros têm se destacado em atuações políticas, em reuniões e organizações para a luta pelas reformas. Em oposição aos períodos anteriores, quando os

loucos/usuários/pacientes eram meros espectadores, os usuários do CAPS Irajá e tantas outras organizações e instituições vêm se mostrando cada vez mais dispostos a questionar seus direitos e deveres de cidadãos.

*“E você ficava meses seguidos?(O usuário contava de uma de suas internações.)*

*Três meses, que é no mínimo. Se internou tem que ficar três meses no mínimo e nós estamos indo para Porto Alegre, viajo daqui a seis dias lutar contra esse sistema de internação nos Manicômios. Eu vou a Porto Alegre, eu sou delegado (O usuário fala de um Congresso que ele seria delegado na semana seguinte a da entrevista.)” (U5)*

## CONCLUSÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é um movimento amplo e complexo<sup>25</sup>. Esta dissertação, um estudo sobre a fala dos usuários de um serviço de saúde mental do município do Rio de Janeiro, não tenciona avaliar, de certo, todos os seus aspectos. Acredita-se que seu objetivo, saber como estes cidadãos percebem as mudanças que vêm ocorrendo, ouvir a voz das pessoas mais intimamente ligadas à questão da psiquiatria e da Reforma Psiquiátrica, contribui para a discussão sobre esse movimento no Brasil.

Sem dúvida, pode-se observar que, na percepção subjetiva desses sujeitos, existe uma melhora significativa, uma grande diferença entre o que foi vivido nas suas internações, dentro dos grandes hospitais, e agora no CAPS. Uma diferença que diz respeito a aspectos importantes da vida dessas pessoas, como afetividade, relação com a família, amigos, liberdade.

Quando se analisa, no entanto, o discurso objeto deste estudo para correlacioná-lo com questões mais amplas da Reforma surgem aspectos que merecem ser ressaltados.

A Reforma fomenta reflexões e iniciativas práticas em diversos campos. A ruptura de paradigma, cujo objetivo maior é a construção de um novo lugar social para o louco, está intrinsecamente colocada nos meandros desses campos. Como construir esse novo espaço?

Numa sociedade de consumo, baseada na produção e circulação de bens (signos), é necessário produzir. Para ser aceito como membro, como cidadão é condição básica a participação neste ciclo criação/utilização.

---

<sup>25</sup> De acordo com a definição de Amarante, no CAPÍTULO 3.

O que fazem/produzem os loucos? Durante muitos anos, como se viu, eles foram considerados incapazes de produzir. Funcionando dentro de uma lógica diferente da aceita, nada melhor do que deixá-los de lado para que não atrapalhem o bom andamento da sociedade. Serão pseudo-cidadãos, ou não serão cidadãos.

O processo de resgate da cidadania é o epicentro das propostas da Reforma. É também ponto central da reabilitação psicossocial que é, como diz Saraceno (1996), “[...] um processo de reconstrução, um exercício pleno de cidadania, e, também de plena contratualidade nos três grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social” (p.16).

Pioneiros desta visão, a equipe do Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira em São Paulo, cujo trabalho vem se desenvolvendo há mais de 10 anos, entende que esta reabilitação não pode ser consolidada até que a pessoa possa estabelecer uma relação mais autônoma com a instituição. É preciso assim que o sujeito seja cada vez mais capaz de gerenciar sua vida de relações.

Muitos CAPS e NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial) no país têm, portanto, investido em cooperativas de trabalho para fomento de atividades profissionais<sup>26</sup>. A autonomia financeira proporcionada por estas atividades lhes abre portas em diversas instâncias da comunidade e até mesmo de sua própria família, para quem, até pouco tempo, significava apenas um “estorvo”. O trabalho se coloca assim como um dos instrumentos no processo de restituição aos internados das condições culturais e materiais para reentrar no mundo.

Observa-se que no CAPS Irajá, apesar de sua proposta também girar em torno da visão de reativação da capacidade do sujeito de gerir sua vida de trabalho, afetividade e relações, poucos resultados têm se

---

<sup>26</sup> Por exemplo: NAPS Santos, CAPS São Paulo, Instituto de Saúde Mental do DF.

apresentado no sentido da profissionalização e/ou retorno ao trabalho anteriormente realizado. Não há espaço suficiente, material adequado e profissionais habilitados para dirigirem um trabalho específico de profissionalização e reinserção no mercado de trabalho. Da mesma forma ainda são poucos os convênios com empresas ou instituições que podem inserir em seus quadros de empregados estes usuários que estão em tratamento.

No relatório do CAPS Rubens Corrêa<sup>27</sup> “Dados qualitativos e quantitativos de maio de 96 a maio de 98” verifica-se que há um total de 333 usuários registrados no CAPS desde maio de 96 – com uma frequência diária de 86. Desse total apenas 23 casos são relacionados no item “Modificações nos fatores socio-econômicos dos clientes”. A saber: 13 estão inseridos no momento em serviços (trabalho) alternativos; 04 estão inseridos na escola e 06 estão fazendo um curso de Silk Screen no CEMASI (Centro Municipal de Atendimento Social Integrado – funciona em prédio anexo ao CAPS).

Um outro fator que merece atenção nestes dados é o pequeno número de inscritos na escola. Assim como a sociedade em geral, os usuários do CAPS também compartilham da concepção de que a educação é importante porque qualifica e promove o sujeito na sociedade. Muitos usuários incluíram em seus planos a volta à escola ou a retomada dos estudos dentro da própria instituição. “*Estudar, começar de baixo [...]*” (U8); “*Quero estudar, arrumar um emprego*” (U10); “*Estudei. Estudei até o segundo ano de contabilidade, mas parei. Mas dá para terminar, eu ouvi o que aquele rapaz disse e vou procurar.*” (U4)

---

<sup>27</sup> Este relatório é parte de um trabalho mais extenso cujo término se deu após o fim desta pesquisa.

A educação, formal ou não, mostra-se um importante instrumento para a reintegração na comunidade. Pôde-se observar, entretanto, que apesar do valor conferido e da existência de profissionais habilitados para realização do Movimento de Alfabetização – como é chamada a oficina coordenada pela pedagoga – poucos recursos materiais e humanos são destinados a este trabalho, que contava muito mais com a boa vontade dos coordenadores. Este é um aspecto pouco valorizado não só neste CAPS, mas, de forma geral, nos discursos e práticas da Reforma. Um fator que, sem dúvida, seria facilitador do resgate da autonomia, da cidadania.

É também preciso estar atento à possibilidade de criação de uma nova forma de dependência, um novo mecanismo de tutela. Um dos entrevistados, durante a narração de sua carreira psiquiátrica diz: *“e aí meu irmão me internou aqui no CAPS.”* (U11). Por mais que este usuário marcasse a diferença que percebia entre as internações e o CAPS, o “deslize” de sua fala faz pensar e mostra a necessidade de se estar sempre em processo, em construção. O CAPS e qualquer outro dispositivo de cuidados baseado nas novas tecnologias têm que se tornar referência e continente tanto para os usuários como para seus familiares. Nada semelhante, porém, a tornar-se um hospital humanizado.

O CAPS Irajá é uma instituição nova. Com dois anos completos de existência dentro desse cenário de mudanças. Apesar de sua pouca idade conseguiu muitos progressos. Pode ser citada especialmente a diminuição das reinternações de seus usuários. Retomando o relatório de dados qualitativos e quantitativos, apenas 10 reinternações são descritas, do total de 86 usuários que freqüentam o CAPS atualmente. Sendo que destas 10, apenas 2 foram solicitadas pela equipe técnica e 8 foram realizadas pelos próprios familiares.

Não é possível deixar de ressaltar a criação da Associação de Familiares em fevereiro de 1998, que tem em sua pauta a luta pelos

direitos do usuários dos serviços de saúde mental. Essa associação, composta por amigos e familiares dos usuários do CAPS Rubens Corrêa, está criando parcerias com demais associações congêneres fortalecendo assim, a construção de um novo espaço social para a loucura. O CAPS foi sede, em 18 de abril de 1998, da III Reunião Científica e Cultural de Parentes de usuários dos centros de atenção diária do Rio de Janeiro.

Merece destaque também o trabalho da oficina de culinária, que se desenvolveu bastante no ano de 1998 e tem produzido pães e rosquinhas de excelente qualidade que deverão ser comercializados em breve proporcionando experiência profissional. Em função do desenvolvimento desta oficina, surgiu o convite para que o CAPS participe do projeto Feira de Artesanato em Ipanema, onde é possível a venda das guloseimas e também de mudas de plantas - operacionalizadas na oficina de jardinagem - e sacolinhas de praia confeccionadas na oficina de corte e costura e pintadas na Serigrafia.

Ainda falando de comércio, o Jornal do CAPS, além de ser confeccionado pelos usuários em conjunto com equipe, vem sendo comercializado pelos próprios em seus passeios pela comunidade e nos eventos de que participam.

Dentre esses progressos verificados, o que pode ser considerado de maior relevância é a forma com que se estabelecem as relações entre os profissionais e usuários no CAPS. Como foi relatado pelos próprios usuários em suas entrevistas, no hospital psiquiátrico há um grande distanciamento entre a pessoa que trata e a pessoa que sofre, ou simplificando entre médico/paciente. Distanciamento este que se justifica, muitas vezes, necessário para o tratamento. No CAPS, ao contrário, pôde-se observar no cotidiano das atividades, a partir das inter-relações entre usuários e técnicos, a proximidade entre os mesmos, ainda que se preservasse a hierarquia de suas funções. Não há uma hora de silêncio imposta, não há trancas, salas inacessíveis ou

impedimentos físicos. Algumas locais, como a sala dos técnicos e a cozinha por exemplo, têm seu acesso limitado pelo bom senso de todos. Assim como em qualquer instituição onde convivem muitas pessoas, é preciso pedir licença e/ou esperar para entrar no local ou falar com alguém em alguma sala específica, em certos momentos. Essas regras valem para todos: profissionais, usuários, visitantes, familiares e pesquisadores.

O CAPS funciona portanto, "normalmente", com um "clima" descontraído e agradável de ser observado.

Para finalizar julga-se importante citar um fato ocorrido pouco antes do início da pesquisa de campo e suas entrevistas.

Em uma aula do Curso de Mestrado, quando discutia-se sobre projetos e pesquisas de campo, alguém "perguntou": mas você não vai fazer entrevistas com os pacientes, vai?!?

Esta não era, na verdade, uma pergunta. Era uma exclamação de surpresa. Surpresa tamanha que por alguns momentos tornou a idéia não só absurda como impossível.

Como foi visto nos capítulos iniciais deste trabalho, por muitos anos o paradigma psiquiátrico determinou que a voz dos sujeitos acometidos de algum distúrbio mental deveria ser calada ou ignorada. Não era o louco que deveria falar e sim aquele responsável pelo seu tratamento. No Brasil, como em diversos países, a partir do momento que a psiquiatria toma para si a incumbência de tratar das pessoas consideradas por ela própria como doentes mentais, faz-se um silêncio entre estas. Relembrando a história da Saúde Mental no Brasil, observamos que além de serem caladas inicialmente, essas pessoas foram, posteriormente, exploradas como mercadoria, sua saúde servindo como objeto de compra, venda e lucro.

Verifica-se que mesmo após tantas revoluções sociais, culturais, tantas lutas políticas, num mundo dito globalizado, que tenta se

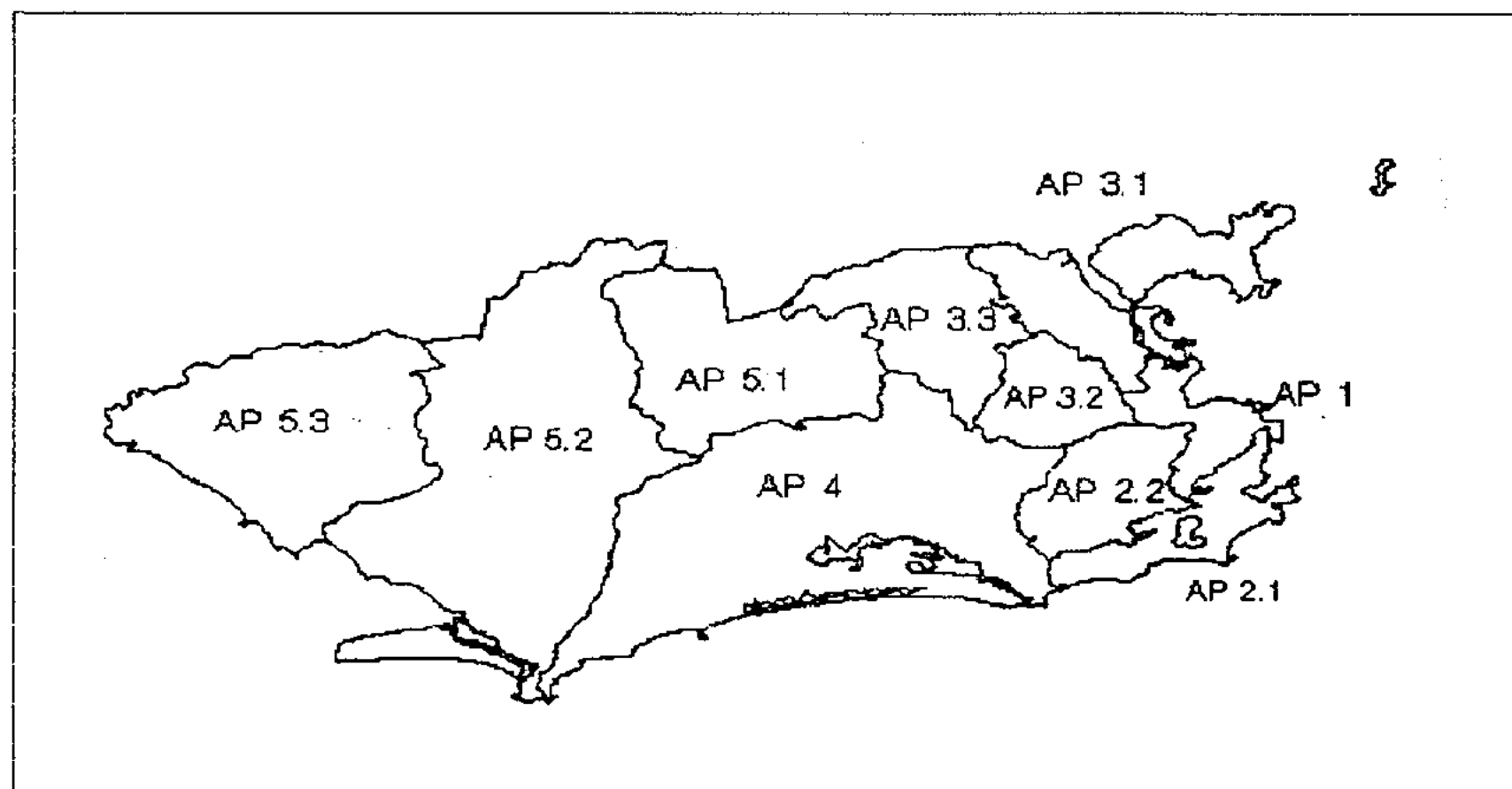


mostrar mais permissivo com as diferenças, a questão ainda é ouvir ou não os maiores interessados na Reforma Psiquiátrica.

Ainda há muito o que ser feito com relação à questão da loucura no Brasil. A ruptura com o paradigma clássico da psiquiatria vai exigir muitos esforços. Como dizem os diversos autores citados, a Reforma não significa simplesmente abrir os portões do hospício a fim de humanizá-lo ou algo semelhante. É um processo de transformação de toda uma cultura manicomial.

Este trabalho serve antes de tudo para mostrar que é possível o diálogo com essas pessoas, que apesar de terem passado por tantos "tratamentos", continuam lutando pela sua vida e pelo direito de serem reconhecidos como cidadãos de direito e de fato.

## ANEXO 1: Áreas de Planejamento da Secretaria de Saúde



## ANEXO 2: Usuários

Usuário	Sexo	Idade	Escolaridade	Profissão	Renda	Internações	Início no CAPS
U01	M	59	2ª série	Estampador vendedor	Benefício há 2 anos	Pedro II Hospital Niterói	9/9/96
U02	F	66	4ª série	Atendente de enfermagem	Filho sustenta	Pinel Engenho Dentro	5/11/96
U03	M	40	4ª série	Lanterneiro	Aposentado INSS	Várias Última Monte Alegre	21/10/96
U04	M	42	2º ano de contabilidade	Metalúrgico	Benefício	Engenho Dentro Humaitá	18/10/96
U05	M	23	3ª série do 2º grau	Tecelão	Mãe sustenta	Hospital da Marinha (3x) Sanatório Rio de Janeiro	27/8/96
U06	M	34	6ª série	Auxiliar de embalagem	Irmãos sustenta	Engenho Dentro Urca Laranjeiras Monte Alegre Sanatório RJ	20/8/96
U07	M	35	8ª série	Escopista	Irmãos sustenta	Monte Alegre Engenho Dentro	8/10/96
U08	M	26		estudante	Pais sustenta	Clinica da Gávea	5/6/96
U09	F	35	2º grau c/ formação de professor e contabilidade	Professora	Mãe sustenta	Bela Vista UISME	5/8/96
U10	F	23	1ª série		Pais sustenta	Hospital da Marinha Santa Juliana	6/9/96
U11	F	47	5ª série	Costureira	Aposentada INSS	Engenho Dentro	26/5/97

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMARANTE, P. Algumas reflexões sobre ética, cidadania e desinstitucionalização na Reforma Psiquiátrica, *Revista Saúde em debate*, no 45/dezembro de 94.
2. ----- Loucura, cultura e subjetividade. Conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: *Saúde e Democracia: a luta do CEBES* ( S. Fleury. Org.).São Paulo, 1987.
3. ----- *O Homem e a serpente* – outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 1996.
4. ----- *Psiquiatria social e colônias de alienados no Brasil (1830-1920)*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro, Instituto de Medicina social/ UERJ, 1983.
5. ASSIS, J. P. (1997, 13 de abril) Filosofia da ciência. *Folha de São Paulo*, Caderno *Mais*, p.8.
6. BARRETO, L. *Diário do Hospício*, Rio de Janeiro, Secretaria Municipal de Cultura, Dep. Geral de Documentação e Informação Cultural, 1988.
7. BARROS, D. D. *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo, Editora Universidade de São Paulo, 1994.
8. BASAGLIA, F.(org.) *A Instituição Negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro, Editora Graal, 1985.
9. BIRMAN, J.& BEZERRA JR., B. C. Saúde mental. In: *Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80* (R. Guimarães & R. Tavares orgs.), Rio de Janeiro, Editora Relumé Dumará, 1994.
10. CASTEL, R. *A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro, Editora Graal, 1978.
11. COSTA, J. F. Apresentação. In: *A Clínica da Psicose* (Goldberg,

- J.), Rio de Janeiro, Te Corá Editora, 1994, p. 9-17.
12. COSTA, J. F. *História da Psiquiatria no Brasil – um corte ideológico*. Rio de Janeiro, Editora Xenon, 1981.
  13. CUNHA, M. C. P. *O Espelho do Mundo – Juquery, a história de um asilo*. São Paulo, Editora Paz e Terra, 1986.
  14. CUNHA, M. C. P. *Cidadelas da Ordem – A doença mental na República*. São Paulo, Editora Brasiliense, 1989.
  15. DELGADO, S. et alli (Equipe técnica do CAPS). CAPS Rubens Corrêa: a construção de uma clínica diferenciada. *Revista Saúde em Foco*, Secretaria Municipal de Saúde, Rio de Janeiro, nov. 1997.
  16. DE-SIMONI - Importância e necessidade de criação de um manicômio ou estabelecimento especial para o tratamento dos alienados, *Revista Médica Fluminense*, Rio de Janeiro, setembro, 1839.
  17. Estatutos da Liga Brasileira de Hygiene Mental. In *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental*, março de 1925.
  18. FAGUNDES, H. M. & LIBÉRIO, M. A. A reestruturação da assistência na cidade do Rio de Janeiro – estratégias de construção e desconstrução. *Revista Saúde em Foco*, Secretaria Municipal de Saúde, Rio de Janeiro, nov. 1997.
  19. FERNANDES, G. - O trabalho dos “usuários”, *Relatório do Encontro Nacional da Luta Antimanicomial*, Salvador, setembro, 1993.
  20. FOUCAULT, M. *História da loucura na Idade Clássica*. São Paulo, Editora Perspectiva, 1972.
  21. \_\_\_\_\_. *Doença Mental e Psicologia*. Rio de Janeiro, Editora Tempo Brasileiro, 1994.
  22. FRAYSE-PEREIRA, J. A loucura antes da História. In: *Recordar Foucault*(J. R. Ribeiro org.), São Paulo, Editora Brasiliense, 1985.
  23. FREUD, S. A perda da realidade na neurose e na psicose (1924),

- Obras Completas*, vol. XIX, Editora Imago, Rio de Janeiro, 1976.
24. FREUD, S. Neurose e psicose (1924), *Obras Completas*, vol. XIX, Rio de Janeiro, Editora Imago, 1976.
  25. Guia dos Serviços Psiquiátricos Alternativos do Estado do Rio de Janeiro, 2ª edição, Instituto Franco Basaglia, Rio de Janeiro, 1997.
  26. GOFFMAN, E. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo, Editora Perspectiva, 1987.
  27. HOCHAMAN, G. A ciência entre a comunidade e o mercado: leituras de Kuhn, Bourdieu, Knorr-Cetina e Latour. In: *Filosofia, História e Sociologia das Ciências I: abordagens contemporâneas* (V. M. Portocarrero.org.) Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 1994.
  28. JOBIM, J. M. C. , Silva, J. J. & Santos, C. J. - Relatório de Salubridade geral, da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, *Semanário de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, Junho, 1831.
  29. KAPLAN, H. & SADOK, B *Compêndio de Psiquiatria*. Porto Alegre, Editora Artes Médicas, 1993.
  30. KUHN, T. *A Estrutura das Revoluções Científicas*. São Paulo, Editora Perspectiva, 1978.
  31. KUHN, T. *A tensão essencial*. Lisboa, Edições 70, 1977.
  32. MACHADO, R. et alli - *Danação da norma*. Rio de Janeiro, Editora Graal, 1978.
  33. NICOLACI-DA-COSTA, A. M. (1989). Questões Metodológicas sobre a análise do discurso. *Psicologia: reflexão e crítica*. Porto Alegre, v. 4, n.1/2, p. 103-108.
  34. OLIVA, A. Kuhn: o normal e o revolucionário na reprodução da racionalidade científica. In: *Filosofia, História e Sociologia das Ciências I: abordagens contemporâneas* (V. M. Portocarrero.org.) Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 1994.

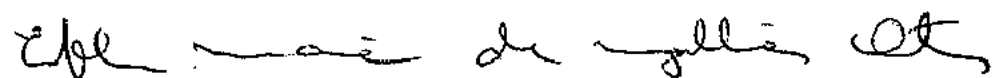
35. PEREIRA, R. C. (1997) Lugar de louco é no hospício?! Um estudo sobre as Representações Sociais em torno da Loucura no contexto da Reforma Psiquiátrica. *Anais do I congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro*, 328-342.
36. PONTES, A. C. R. *Da doença a vida: a mudança de paradigma e suas implicações sobre o conceito de saúde*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia/UFRJ, 1995.
37. PORTOCARRERO, V. M. *Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro, Departamento de Filosofia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 1980.
38. PORTOCARRERO, V. M. *O dispositivos da saúde mental – uma metamorfose na psiquiatria brasileira*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro, Instituto de Filosofia e Ciências Sociais/UFRJ, 1990.
39. PORTOCARRERO, V. M. *Psiquiatria, Liberdade e trabalho: da escravatura à disciplinarização – Cadernos do NUPSO maio/88*.
40. QUEIROZ FILHO, J.P.Q. - Reflexões sobre a equipe psiquiátrica, *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Vol. 42, 1993.
41. REIS, V. L. M. *A Reforma Psiquiátrica no Município do Rio de Janeiro: perspectivas e impasses*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ, 1996.
42. REIS, J. R. F. *Higiene mental e eugenia: o projeto de “regeneração nacional” da Liga Brasileira de Higiene Mental*. Dissertação de Mestrado, Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas/UNICAMP, 1994.
43. Relatório de dados quantitativos e qualitativos – CAPS Rubens Corrêa, 1998 (mimeo)
44. ROTELLI, F. Entrevista com Franco Rotelli. In: *A loucura na sala de jantar* (J. Delgado org.), Santos, 1991.



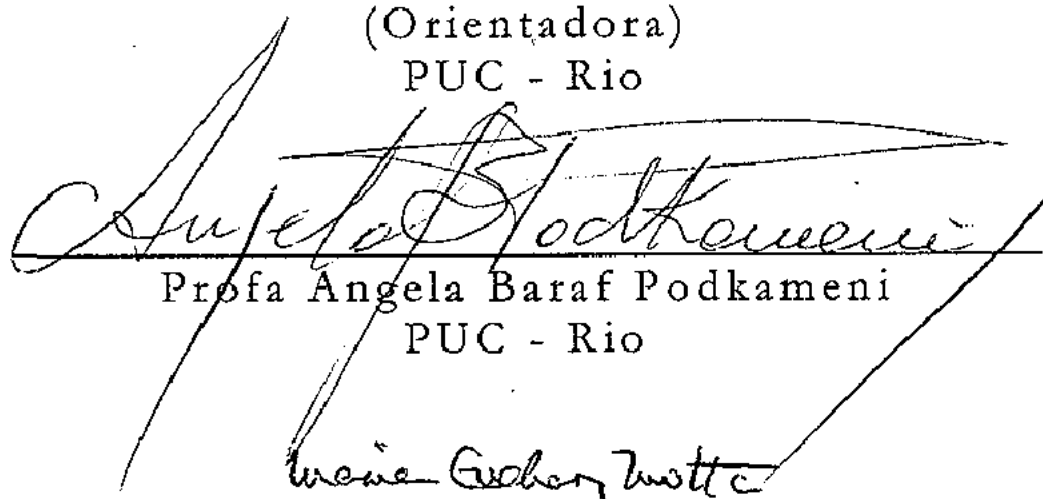
45. ROTELLI, F. A instituição inventada. *Cadernos do NUPSO*, Rio de Janeiro, jan.jun./1989.
46. RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil* (S. Tundis. & N. Costa. orgs.), Petrópolis, Editora Vozes, 1990.
47. SAMPAIO, J. J. C. *Hospital Psiquiátrico Público no Brasil: A sobrevivência do asilo e outros destino possíveis*. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social/UERJ, 1988.
48. SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial: Uma estratégia para a passagem do milênio. In: *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. (A. Pitta. org.), São Paulo, Editora Hucitec, 1996.
49. SIGAUD, F. J. - Reflexões acerca do transito livre dos doidos pelas ruas da cidade do Rio de Janeiro, ETC., *Diário de Saúde*, RJ, 1835.
50. TEIXEIRA, S. F: (org.) - *Reforma Sanitária - em busca de uma teoria*, SP:Cortez, 1989.
51. TENÓRIO, F. conhecer para Cuidar: o primeiro censo da população de internos nos hospitais psiquiátricos no Rio de Janeiro. In *Cadernos IPUB no 3 - Por uma assistência psiquiátrica em transformação*. Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria - UFRJ, 1996.
52. VENTURINI, E., Prefácio. In: *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil* (Amarante, P. et alli). Rio de Janeiro, SDE/ENSP, FIOCRUZ, 1995, p. 15-19.



Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da PUC-Rio pela aluna Cristiane de Carvalho Guimarães, intitulada "O usuário dos serviços de saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica - um estudo de caso", e aprovada pela Banca Examinadora constituída pelos seguintes Professores:



Profa Esther Maria de Magalhães Arantes  
(Orientadora)  
PUC - Rio



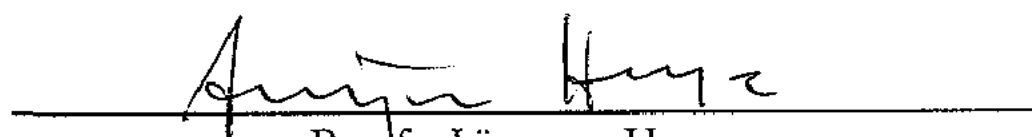
Profa Angela Baraf Podkameni  
PUC - Rio



Profa Maria Euchares de S. Motta  
PUC - Rio

Visto e permitida a impressão

Rio de Janeiro, 9 / 3 / 1999.



Prof. Jürgen Heye  
Coordenador dos Programas de  
Pós-Graduação do Centro de  
Teologia e Ciências Humanas