

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA**

**ENGENHO DENTRO DE CASA:  
SOBRE A CONSTRUÇÃO DE UM SERVIÇO DE ATENÇÃO DIÁRIA  
EM  
SAÚDE MENTAL**

**MARCO AURELIO SOARES JORGE**

Dissertação apresentada como requerimento parcial para a obtenção de  
Título de Mestre em Ciências na Área de Saúde Pública

**ORIENTADOR**  
**PROF. DR. PAULO DUARTE DE CARVALHO AMARANTE**

**RIO DE JANEIRO**  
**1997**

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
CENTRO DE INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA  
BIBLIOTECA LINCOLN DE FREITAS FILHO

J82e Jorge, Marco Aurelio Soares Jorge

Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de  
atenção diária em saúde mental. — Rio de Janeiro : s. n., 1997.  
111p. il.

Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública para  
obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Paulo Duarte de Carvalho Amarante

1. Serviços de saúde mental. 2. Psiquiatria-história. 3. Hospitais  
Psiquiátricos.

CDD. – 20. Ed. – 362.2

O

*“Não é fácil para o investigador das ciências, este profissional da história da constituição dos conceitos, ser acusado de irracionalista ou niilista.*

*De fato, tudo que ele procura é aquela encruzilhada - ou aquele caminho trágico para a humanidade - em que verdade e paixão, razão e emoção, sentimentos e vontade, beleza e sentidos, se deram adeus. Quem sabe pode ele ajudar a restaurar, se algum dia existiu, essa unidade que conferirá ao homem a felicidade de ser plenamente **humano.**”*

MADEL T. LUZ ( 1988 )

Dedico esse trabalho aos pacientes, familiares e profissionais da Casa d'Engenho que fizeram possível transformar um sonho em realidade,

A meus pais Jamil (in memoriam) e Lenyra, exemplos de força e ternura,

A Maria Clara e Marcelo, meus filhos, que me fizeram (re)aprender a fazer perguntas simples,

A todos aqueles que contribuem ou contribuíram para uma sociedade mais justa, convivendo com as diversas formas de singularidades.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos os pacientes que estão e os que estiveram na Casa d'Engenho, para quem este trabalho foi escrito.

A Pilar Belmonte, por todo período de agradável convívio e a confiança de que o conhecimento pertence a todos.

A Fátima Pereira, amiga de infância, nossos eternos reencontros.

A Valéria Lagrange, amizade nova mas (e)terna, pela grande ajuda e incentivo no meu trabalho

A Rosemary Corrêa, amiga, irmã e companheira de mestrado, alegrias e sofrimentos. Sua enorme colaboração e incentivo foi imprescindível para que esse trabalho se realizasse.

A Paulo Amarante, meu orientador, meu amigo e parceiro de diversas lutas pelos ideais que partilhamos no campo da Saúde Mental.

A João Paulo Hildebrandt, diretor do CPPII e Fátima Cavalcanti, diretora do Centro de Estudos do CPPII, que propiciaram a minha liberação parcial das atividades do hospital, possibilitando cursar o mestrado.

A Gregório Barembliitt, pela contribuição com tão pertinentes comentários acerca de uma *nova clínica*.

A Tânia Mara, minha companheira. Por todas as alegrias e sofrimentos que passamos, pelo apoio, tudo que tivemos que abrir mão por esse trabalho e por quem estamos construindo o futuro.

A equipe do LAPS, pela força do grupo e a luta por um ideal.

A todos os profissionais da Casa d'Engenho (técnicos, estagiários e equipe de apoio) que acreditaram nesse trabalho e especialmente Vânia Martins Cruz por assumir corajosamente a coordenação do serviço, possibilitando meu afastamento durante o Curso de Mestrado.

## RESUMO

O presente trabalho é uma reflexão sobre a concepção teórica e a trajetória de construção de um Serviço de Atenção Diária - A CASA D'ENGENHO, que através da proposta de desmonte dos modelos psiquiátricos tradicionais, busca a constituição de novas práticas, onde o indivíduo possa ser participante ativo do processo terapêutico, constituindo novas formas de representação da loucura.

Esse trabalho procura documentar a trajetória da construção desse serviço, as possibilidades e impossibilidades; identificar quais os aspectos no trabalho da Casa d'Engenho que realmente se diferenciam de uma prática dita tradicional.

O estudo se concentrou da trajetória do Centro Psiquiátrico Pedro II, em um período a partir de 1982 até o ano de 1996. Foi nessa época quando se deu o início das mudanças nos discursos e práticas institucionais que propiciaram o surgimento dos novos modelos de assistência em saúde mental. Nos primeiros anos da década de 90, teve início um processo mais radical de transformação do antigo modelo asilar com a constituição de serviços com proposta de desmonte da cultura manicomial, como a CASA D'ENGENHO.

A partir dos trabalhos de Michel Foucault e autores afins, sobre a História da Loucura, procurou-se demarcar o surgimento da psiquiatria como modelo disciplinador.

As discussões finais acerca da clínica praticada nos serviços de atenção diária teve o auxílio de autores como Jurandir Freire Costa, Jairo Goldberg e os escritos de Felix Guattari e Gilles Deleuze, ampliando e articulando as discussões acerca da loucura e o político e social.

## **SUMMARY**

The present work is a reflection on the theoretical conception and on the construction path of a Daily Care Center - CASA D'ENGENHO, which from the dismount of the traditional psychiatric models searches the constitution of new practices, where the person may be an active participant of the therapeutic process, appointing new ways of representing madness.

This work seeks to document the construction path of this center, its possibilities and impossibilities; to identify which aspects of the Casa d'Engenho are really different from a so called traditional practice.

The study was concentrated on the trajectory of the Centro Psiquiátrico Pedro II (Pedro II Psychiatric Center), on the period between 1982 and 1996. It was when changes on the speeches and institutional practices occurred, allowing the raising of new models of care in mental health. In the early 90's a more radical process of transformation of the old asylum model took place, with the birth of new centers, as the Casa d'Engenho, that had as proposition the demolish of this asylum culture.

The birth of psychiatry as a discipline model was demarcate from the work of Michel Foucault and other authors on the history of madness.

The final argument on the clinic practiced on the daily care centers has the contribution of authors as Jurandir Freire Costa, Jairo Goldberg and the production of Felix Guattari and Gilles Deleuze, amplifying and articulating the argument concerning madness and the social and political environment.

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>10</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>14</b>
<b>CAPÍTULO 1</b>	
<b>A CONSTITUIÇÃO DO SABER PSIQUIÁTRICO</b>	<b>21</b>
1.1 - Introdução	21
1.2 - As Novas Tentativas de Reforma	25
1.3 - A Concepção de Doença	32
<b>CAPÍTULO 2</b>	
<b>A LOUCURA NO BRASIL: COMO SE FEZ A PSIQUIATRIA ENTRE NÓS.</b>	<b>35</b>
2.1 - Pequena História da Loucura no Brasil	35
2.2 - O Nascimento da Colônia de Alienadas	38
2.3 - A Colônia transforma-se em macro-hospital	43
2.4 - As reformulações do Setor Saúde no Contexto da Redemocratização.	46
2.5 - Os Planos para a Saúde Mental	48
2.6 - A Co-Gestão no CPPII	51
2.7 - As internações e os leitos.	56
2.8 - O hospital-dia. Protótipo do Modelo Alternativo ao Manicômio.	57
2.9 - Situação Atual do Centro Psiquiátrico Pedro II.	61
2.10 - O Panorama Político da Reforma Psiquiátrica.	65
2.11 - A Emergência da Crise. O Pronto Socorro.	67
2.12 - O Levantamento	71
<b>CAPÍTULO 3</b>	
<b>A CASA D'ENGENHO</b>	<b>74</b>
3.1 - Proposta de uma nova Assistência.	74
3.2 - A Construção da Casa	76
3.3 - A proposta inicial	77
3.4 - A Formação da Equipe Inicial.	79
3.5 - A Admissão dos Pacientes na Casa	81
Critérios de Admissão.	82



3.6 - Descrição das Atividades da Casa d'Engenho _____	83
3.7 - O Acompanhamento das famílias _____	94
3.8 - A Crise e a Internação do Paciente da Casa d'Engenho. _____	96
3.9 - Grupo de Apoio a Egressos (GAE) _____	98
3.10 - Descrição De Um Caso _____	99

## **CAPÍTULO 4**

<b>DISCUSSÃO FINAL</b> _____	<b>105</b>
4.1 - Serviço de Atenção Diária e a Nova Clínica _____	105
4.2 - Loucura e espaço urbano _____	109

## **ANEXOS**

## APRESENTAÇÃO

Minha trajetória no campo da Saúde Mental sempre tem sido de atuação nos serviços. Participei diretamente ligado à assistência, ao planejamento ou à coordenação de equipes ou de serviços. De certa forma, sempre junto com os pacientes, vivenciando de forma “nua e crua” toda a “loucura” presente nos espaços e nas relações em que atuei.

Uma certa época, em uma conversa com um grupo de profissionais do Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII) que girava em torno do tema cronificação, Jurandir Freire Costa (talvez ele não se lembre) nos falou de forma lúcida, como muitas outras coisas que tive oportunidade de aprender nos tempos de convívio com ele, que o pior crônico é o profissional que se acha já formado, que já sabe como atuar, que não tem dúvidas nem questionamentos do trabalho que executa, pois essa certeza limitante o coloca imóvel, parado no tempo, já que sua prática e seu campo de conhecimentos se encontram completos - é aquela que ele executa e que precisa apenas ficar reproduzindo de maneira repetida e serializada em todas as situações que surgem.

A possibilidade de duvidar é que permite que nos movimentemos na busca de respostas para as questões que podem surgir com o aparente vazio; a necessidade que sentimos quando, no momento, não temos respostas para as nossas perguntas.

Mas não basta o “não saber”. As dúvidas e os questionamentos são motores que nos impulsionam para essa busca - entender o que nos é ininteligível - e essa força que necessita ser gerada para que possamos nos movimentar, estranhar a prática que nos é dada já como pronta, como “ahistórica”, onde o tempo não tem importância e a história muito menos.

É necessária uma força que nos impulsione e nos leve a buscar algo que não sabemos o quê. Nesse movimento incessante, nesse devir é que talvez encontremos aquilo que procuramos. Talvez não esteja em um fim,

talvez essa cintilância, essa sensação de completude esteja exatamente nessa busca, nesse permanente devir, nesse incessante começo.

O movimento, o “devir-operador em saúde mental” poderá, possivelmente, ser a via, tanto para os terapeutas como para os nossos pacientes, que leve à possibilidades de caminhar, inventar novos caminhos, multiplicar os caminhos já inventados.

Assim como os povos errantes é no caminho de busca de uma “terra prometida” que se encontram as novas terras, acampamentos, lugares de passagens. Mesmo sem o encontro desse lugar idealizado, pois assim acabaria a jornada, devemos procurar trilhar e construir novos caminhos. A possibilidade de errar é que nos insere no novo e no desconhecido.

A necessidade que senti em cursar o Mestrado em Saúde Mental da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ surgiu a partir da importância em sistematizar e documentar de forma científica todo o trabalho que já vinha sendo desenvolvido no Centro Psiquiátrico Pedro II e, mais especificamente, na Casa d’Engenho. O curso talvez tenha me ajudado a conseguir algumas respostas, talvez tenha provocado novas questões, mas a maior importância foi ter me propiciado uma nova maneira de olhar - um olhar acadêmico inserido nos conhecimentos já produzidos.

O trabalho nas Instituições Públicas de Saúde tem sido executado comumente com um certo distanciamento das Instituições de Ensino e Pesquisa. Essa prática muitas vezes se torna alienada, pouco se articulando com uma reflexão elaborada pelas instituições acadêmicas. Por conta disso, essa última se torna também alienada da realidade da prática, e pior, pode se tornar também alienante, produzindo e reproduzindo teorias e reflexões dissociadas da nossa realidade e das nossas necessidades.

Ao cursar o mestrado, pude experimentar outras formas de visualização da realidade na assistência no Rio de Janeiro. Não apenas pelo fato de ser estudante e entrar em contato com textos, discussões novas, teorias, etc. O mestrado me proporcionou a participação em cursos como

docente, transmitindo a minha prática e ajudando a refletir sobre ela, articulando-a com a teoria.

Na Fundação Oswaldo Cruz, tanto o Curso de Especialização em Psiquiatria Social ou o Laboratório de Estudos e Pesquisa em Saúde Mental (LAPS), para profissionais de nível superior, como o Curso Básico em Acompanhamento Domiciliar em Saúde Mental (CBAD) da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, para profissionais de nível médio, ajudaram-me a participar de uma forma pragmática do ensino, onde só pode ter sentido quando está realmente ligado a uma prática, contribuindo com a reflexão e a transformação efetiva.

Através de convênio firmado entre a Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ e o Centro Psiquiátrico Pedro II, foi possível realizar o Curso de Especialização em Saúde Mental em Nível de Residência do CPPII, onde pude participar do processo de implantação e integrando o corpo docente e preceptoria na Casa d'Engenho. A possibilidade de realizar um curso de tal monta é um primeiro passo para que as instituições assistenciais também possam ter espaços para a formação e capacitação de profissionais, que irão trabalhar em serviços, formando profissionais de um novo tipo, que possam construir uma prática constantemente articulada com os saberes e buscando também transformá-los.

Durante toda minha formação como profissional, sempre tive interesse na teoria psicanalítica. Meus estudos sobre Psicanálise, articulados com outros conhecimentos como o Materialismo Histórico, a Análise Institucional e os escritos de Guattari e Deleuze, ajudaram a ampliar a minha visão sobre as Instituições de Assistência à Saúde Mental.

A Casa d'Engenho representa a materialização de todas essas idéias e desejos. Escrever sobre a Casa d'Engenho é fazer um pouco do relato da minha trajetória profissional.

O presente trabalho fala de caminhos, de dúvidas, mas também de descobertas, de novas invenções. Fala de desencontros e de erros, mas

também fala de acertos e encontros e, como um bom romance, fala também das paixões.

## **INTRODUÇÃO**

Nos últimos cinquenta anos, após a Segunda Grande Guerra, o mundo vem experimentando mudanças nas formas de assistência à saúde mental de sua população, especialmente nos países da Europa e nos Estados Unidos. Tentativas que buscavam a transformação do modelo clássico instituído a partir de Pinel, que privilegiava o espaço asilar como local de intervenção na loucura.

No Brasil tal processo vem ocorrendo de maneira mais tardia. Viu-se nas duas últimas décadas um movimento que se iniciou com críticas às formas violentas com que os pacientes eram tratados nos asilos, ocasionando as primeiras tentativas de humanização desses espaços, coincidindo com o movimento de abertura política e redemocratização da sociedade brasileira

No final da década de 80 e início de 90, surgem as novas experiências de transformação da assistência psiquiátrica, dentre as quais destacam-se a criação de diversos serviços - Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)<sup>1</sup> na cidade de São Paulo e também a intervenção pelo governo municipal e concomitante “desconstrução” de um manicômio em Santos com a criação simultânea, dentro de um planejamento geral para o município, de uma rede de serviços territoriais - Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS)<sup>2</sup>.

Em que pese a importância do Rio de Janeiro em recentes momentos deste processo de reflexão, a cidade ainda convive com alguns problemas até hoje, pelo fato de ter sido a capital do país até 1960. Na assistência à saúde, como herança, ainda coexistem serviços sob as administrações federal, estadual e municipal.

Pode-se dizer que a assistência em saúde mental no município do Rio de Janeiro é “federal” pois os grandes hospitais públicos e dois dos cinco Pólos de Emergência Psiquiátrica do município estão sob a administração

---

<sup>1</sup> CAPS - Centro de Atenção Psicossocial é um serviço de atenção diária que se destina ao trabalho mais voltado para a reabilitação social, com pacientes de várias internações.

<sup>2</sup> São serviços regionalizados funcionando 24h/dia e 7 dias/semana, respondendo à demanda de saúde mental da área de abrangência (Nicácio, 1994).

direta do Ministério da Saúde<sup>3</sup>. Essa falta de um “comando único” do planejamento e da execução dos programas e procedimentos dificulta a implantação de uma política de saúde mental para o município do Rio de Janeiro.

Por conta desse quadro atual, torna-se inviável qualquer implementação de um programa, se não houver integração nos três níveis de gerência. Apesar da elaboração de vários projetos de assistência em saúde mental para o município do Rio de Janeiro, pouco foi possível executar.

Em consequência disso, as possíveis mudanças na assistência em saúde mental ocorreram predominantemente no interior dos hospitais públicos federais e universitários públicos, em um primeiro momento, através da humanização dos espaços asilares e posteriormente, principalmente no início da década de 90, com a criação de serviços que buscavam “alternativas” ao modelo clássico.

Sendo um dos três hospitais psiquiátricos no Rio de Janeiro sob a administração direta do Ministério da Saúde, o Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII) é um complexo hospitalar, localizado no bairro do Engenho de Dentro, subúrbio da cidade. Foi inaugurado em 1911 com o nome de Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro para abrigar pacientes indigentes do sexo feminino encaminhadas do Hospício Nacional de Alienados. Em meados da década de 40, com a desativação do Hospício Nacional e a transferência dos pacientes para a Colônia no Engenho de Dentro, o hospital recebe também o seu nome, passando a se denominar Centro Psiquiátrico Nacional. Em 1965, através de decreto presidencial, passou a se chamar Centro Psiquiátrico Pedro II (Andrade, 1992). Na década de 70, o hospital atendia ainda principalmente à população indigente, sendo que os pacientes que

---

<sup>3</sup> No momento da elaboração dessa dissertação, foi assinado um protocolo para a municipalização da Colônia Juliano Moreira, saindo do âmbito federal. Este é um processo ainda em andamento, cuja análise foge aos objetivos desse trabalho.

tinham direito à Previdência Social eram encaminhados para “clínicas conveniadas”<sup>4</sup>.

A partir de 1982 se iniciou uma reestruturação do hospital, possibilitada pela Co-gestão dos Ministérios da Saúde e da Previdência Social, que com o repasse de recursos, permitiu a contratação de novos técnicos, a reforma dos prédios e a aquisição de novos equipamentos e mobiliários e enfim e fundamentalmente, a redefinição de um projeto assistencial.

Em 1983, o CPPIL se inseriu no Programa de Hierarquização e Regionalização da Assistência Psiquiátrica no Município do Rio de Janeiro.

Conforme relatório anual de 1984, referindo-se às unidades de internação, vemos:

“A proposta prioritariamente hospitalizadora encontra nesse espaço a sua grande força justificadora e seus mecanismos de sobrevivência. Acreditamos que somente agora com a experiência já acumulada, a equipe de saúde do Centro Psiquiátrico Pedro II será capaz de renovar a assistência psiquiátrica prestada a este nível, e juntamente com os demais serviços e projetos em funcionamento que vêm apresentando respostas bastante positivas, neutralizar definitivamente a hegemonia há tanto tempo mantida na área de saúde mental pela proposta asilar e custodial que buscou sempre segregar o paciente psiquiátrico, condenando-o no interior do asilo à cronificação de sua doença como consequência direta da clausura, do alheamento social e da mais inútil das ociosidades”. (MS, 1984, p. 10)

Mais adiante, no mesmo relatório:

---

<sup>4</sup> No CPPIL, a unidade denominada Instituto Professor Aduino Botelho era a única exceção, pois o serviço recebia pacientes que tinham direito a assistência médica da Previdência Social.



“Esse novo processo tenta emergir com a força da experiência prática e do respaldo científico, mostrando que é a alternativa atual, não monolítica nem inquestionável como a anterior, com uma vaga certeza de que esse caminho pode até ter seu curso alterado, mas para ele não há retorno, pois retornar significaria reencontrar a desesperança e os descaminhos de ontem.”

(M.S.,1984, p. 10)

Hoje sabemos que seu curso foi alterado por diversas vezes, mas podemos ver nos relatos da época a ideologia antimanicomial presente e a atribuição a determinadas condições psíquicas e sociais da clientela como subproduto do asilamento.

As críticas ao modelo manicomial estavam todas já formuladas. No âmbito da assistência, ocorreram mudanças criando condições mais “humanas” para os pacientes internados, ou então através de medidas administrativas, tais como a redução do número de leitos, diminuição do tempo médio de permanência dos pacientes internados e a ampliação da oferta de atendimentos ambulatoriais.

Apesar do referido programa, não ocorreram alterações qualitativas no modelo da assistência no Rio de Janeiro. Um grande número de pacientes eram internados, encaminhados para as clínicas conveniadas, institucionalizados e medicalizados.

As primeiras mudanças qualitativas começaram a ocorrer no final dos anos 80. Em 1989 foi criado o Hospital-Dia<sup>5</sup> do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ para o acompanhamento de pacientes egressos da internação. O atual Instituto Philippe Pinel também criou um serviço de Atenção Diária denominado de CAIS, em alusão ao seu papel de “porto” para os que se encontram à “deriva” no processo de loucura. Em 1994, o Hospital-Dia Ricardo Montalban começou suas atividades no Serviço de Psiquiatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ.

---

<sup>5</sup> Atualmente o serviço é denominado de Centro de Atenção Diária (CAD).

No CPPII, a partir da reestruturação da assistência a pacientes que eram encaminhados à Enfermaria de Crise do Pronto Socorro Psiquiátrico (PSP), foi feito um estudo que apontou para a necessidade de implantação de um serviço diferenciado que possibilitasse o acolhimento de uma parcela de pacientes que eram atendidos e internados pelo PSP.

Desde 1991, vem funcionando a CASA D'ENGENHO. Esse serviço procurava não se assemelhar com que era comumente praticado no âmbito da assistência do Centro Psiquiátrico Pedro II. As formas de relação que se estabelecem entre as pessoas que convivem na Casa se diferenciam enormemente das histórias que tradicionalmente se conhece e que eram predominantes nos manicômios.

A CASA D'ENGENHO surge com a proposta de ser um serviço de atendimento diferenciado a indivíduos que estejam vivenciando quadro agudo de psicose ou neurose grave, como primeiro surto, ou seja, que não tenham passagem anterior pelos circuitos de internação manicomial. Funciona como um Serviço de Atenção Diária<sup>6</sup>, que tem como um dos objetivos principais servir de possibilidade de substituição à internação manicomial, atendendo uma clientela que, provavelmente, estaria internada em função do quadro clínico, pois essa seria a indicação, dentro de uma visão tradicional.

O presente trabalho é uma reflexão sobre a concepção teórica e a trajetória de construção de um serviço que, através da proposta de desmonte dos modelos psiquiátricos tradicionais, busca a constituição de novas práticas, onde o indivíduo possa ser participante ativo do processo terapêutico, constituindo novas formas de representação da loucura.

### **Marco Teórico**

A partir dos trabalhos de Michel Foucault e autores afins, sobre a História da Loucura, buscou-se demarcar o surgimento da psiquiatria como modelo disciplinador. Ela surgiu como especialidade da medicina, para dar conta de uma população de indivíduos que não era possível sua integração

---

<sup>6</sup> Esse termo será posteriormente melhor desenvolvido.

na nova ordem social que se estabelecia no mundo ocidental, com a Revolução Francesa.

O método de análise desenvolvido por Michel Foucault é conhecido como “arqueologia do saber”. Um dos vários objetivos da análise era de estabelecer relações entre saberes, sem ser julgado a partir de um saber posterior ou superior. (Machado, 1979).

Foucault também desenvolveu a noção de que o exercício do poder não está no Estado como órgão central e único, mas que penetra e se reproduz em seus elementos mais atomizados. Roberto Machado diz:

“(...) os poderes não estão localizados em nenhum ponto específico da estrutura social. Funcionam como uma rede de dispositivos ou mecanismos a que nada ou ninguém escapa, a que não existe exterior possível, limites ou fronteiras. Daí a importante e polêmica idéia de que o poder não é algo que se detém como uma coisa, como uma propriedade que se possui ou não. Não existe de um lado os que tem o poder e de outro aqueles que se encontram dele alijados. Rigorosamente falando, o poder não existe; existem sim práticas ou relações de poder. O que significa dizer que o poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona.”(Machado, 1984, p. XIV)

Estas afirmativas auxiliaram na contextualização do trabalho diário como transformador, possibilitando uma revolução a partir das micropolíticas.

As contribuições de Canguilhem acerca da noção de adoecimento, desenvolvido a partir de um conjunto de idéias que pode ser chamada de epistemologia regional da medicina, auxiliaram a pensar a loucura a partir da noção de doença, ainda presente nos procedimentos atuais.

As discussões finais acerca da clínica praticada nos serviços de atenção diária teve o auxílio de autores como Jurandir Freire Costa, Jairo Goldberg e os escritos de Felix Guattari e Gilles Deleuze, ampliando e articulando as discussões acerca da loucura e o político e social.

O presente trabalho se concentrou no estudo de um período a partir de 1982 até o ano de 1996. Foi nessa época quando se deu o início das mudanças nos discursos e práticas institucionais que propiciaram o surgimento dos novos modelos de assistência em saúde mental.

A partir de 1982 foi quando o discurso crítico ao modelo manicomial passou a ser predominante no âmbito do CPPII. Nesse período, as transformações que ocorreram até o final da década de 80, foram a partir de medidas predominantemente administrativas, como a redução de leitos, melhoria na qualidade da hotelaria, adequação dos recursos, obras de reformas e reequipamento dos serviços. Nos primeiros anos da década de 90, teve início um processo mais radical de transformação do antigo modelo asilar com a constituição de serviços com proposta de desmonte da cultura manicomial, como a Casa d'Engenho, o Espaço Aberto ao Tempo (EAT), o Centro Comunitário e, mais recentemente, o Programa de Assistência Interdisciplinar à Criança Autista e Psicótica (PAICAP).

Durante esse tempo de existência da Casa d'Engenho muitas pessoas passaram por lá, entre pacientes, profissionais, estudantes, familiares, visitantes, curiosos. Pode-se afirmar que nesse período ocorreram mudanças nas feições da instituição.

Esse trabalho busca documentar a trajetória da construção desse serviço, as possibilidades e impossibilidades; identificar quais os aspectos no trabalho da Casa d'Engenho que realmente se diferenciam de uma prática dita tradicional. Esse trabalho busca mapear o que mudou, o que ainda é possível e deve-se transformar e tudo aquilo que está **por-vir**.

## CAPÍTULO 1

### A CONSTITUIÇÃO DO SABER PSIQUIÁTRICO

#### 1.1 - Introdução

A loucura se inscreve em um lugar polêmico. Com o declínio do Feudalismo, o Estado, buscando formas de organização, se deparou com uma população de indivíduos que não se adequavam à nova ordem social. A partir da Idade Média surgem instituições que recebiam toda espécie de pessoas que não se incluíam no modelo social estruturado (Foucault, 1972).

A psiquiatria nasceu no século XVIII, quando foi dada ao médico a incumbência de cuidar de uma determinada parcela da população excluída do meio social, que se encontrava reclusa em instituições onde eram colocadas todas as espécies de indivíduos cujas condutas não coadunavam com a moral da época. Ou seja, os loucos conviviam em instituições fechadas juntamente com leprosos, prostitutas, ladrões, vagabundos, etc.

Marcado pela Revolução Francesa, o surgimento da Era Moderna, trouxe novas concepções nas formas de organização econômica e social. Toda aquela população de indivíduos excluídos passaram a ter importância em um novo mercado de trabalho emergente e na concepção de cidadania, liberdade e igualdade. Nessas instituições fechadas sobraram os loucos.

As instituições da Idade Clássica, diferentemente da Idade Moderna, eram baseadas em uma prática de hospedagem e “proteção”. Nas instituições da Era Moderna passaram a predominar o “olhar” médico científico, transformando a loucura em “doença mental”, passível assim, de um tratamento.

“(…) O louco coloca um problema diferente. Nenhum vínculo racional une diretamente a transgressão que ele realiza com a repressão a que é submetido. Não poderia ser sancionado mas sim, deverá ser tratado. Sem dúvida o tratamento será, frequentemente, uma espécie de

sanção. Mas ainda que seja sempre assim com louco, doravante a repressão só pode progredir disfarçada. Ela deve ser justificada pela racionalização terapêutica. É o diagnóstico médico que se supõe impô-la, ou seja, que lhe fornece a condição de possibilidade. Diferença essencial: *em um sistema contratual, a repressão do louco deverá construir para si um fundamento médico, ao passo que a repressão do criminoso possui imediatamente um fundamento jurídico.*” (Castel, 1978, p. 37)

Esse movimento de apropriação da loucura pela medicina, tinha na figura de Pinel sua principal expressão. Segundo Amarante:

“(...) Pinel postula o isolamento como fundamental a fim de executar regulamentos de polícia interna e observar a sucessão de sintomas para descrevê-los. (...) Dessa forma, o gesto de Pinel ao liberar os loucos das correntes, não possibilita sua inscrição em espaço de liberdade, mas, pelo contrário, funda a ciência que os classifica e acorrenta como objeto de saberes/discursos/práticas atualizados na instituição da doença mental”. (Amarante, 1995, p. 26).

Pinel trouxe mudanças bastante significativas no pensamento médico de seu tempo. A origem passional ou moral da alienação, propondo que sua essência era o desarranjo de funções mentais, destoava do pensamento vigente. O fato de se estimar como causa da loucura as paixões exacerbadas, criou bastante resistências no meio científico da época.

Por um lado, o pensamento e o trabalho em um estilo organicista exigia menos do médico que lidava com a loucura. Nesta abordagem onde qualquer conteúdo afetivo passava a ser irrelevante para o tratamento, qualquer lesão não seria afetada pela atitude bondosa, a capacidade de escutar ou um ato autoritário.

Com Pinel e seus discípulos, o manicômio se tornou parte essencial do tratamento, sendo um “instrumento de cura” e não apenas a proteção e enclausuramento. Esquirol (1838), discípulo de Pinel, buscou sistematizar as bases do modelo de psiquiatria, iniciado com seu mestre:

“O internamento de um louco deve tender a dar nova direção às suas idéias e aos seus afetos e a impedir qualquer desordem, qualquer distúrbio do qual ele possa ser a causa, e para impedir o mal que ele possa fazer a si mesmo e aos outros, ser for deixado em liberdade. Assegurando-lhe novas impressões, livrando-se de seus hábitos e mudando seu modo de vida, chega-se aquilo que se destina o isolamento”. (Esquirol, 1838, apud Pessotti, 1996, p. 135).

E mais ainda, ficava evidente a proposta do manicômio como o local apropriado de cura, onde internamento e tratamento eram indissociáveis:

“O projeto de um hospício de alienados não é de modo algum, uma coisa indiferente e que pode confiar apenas aos arquitetos, o objetivo de um hospital ordinário é tornar mais fáceis e mais econômicos os cuidados dedicados aos indigentes doentes. O hospital de alienados é um instrumento de cura”. (Esquirol, 1838, apud Pessotti, 1996, p. 168)

No entanto, na virada do século XVIII para o século XIX, começou a haver uma predominância do pensamento ligado à doutrina organicista. O apego aos tratamentos físicos resultou das dificuldades práticas do tratamento moral e a urgências determinadas pela superpopulação nos manicômios. O desenvolvimento da anatomia patológica influenciou fortemente o pensamento da psiquiatria da época, fazendo com que os alienistas buscassem causas orgânicas da loucura e desenvolvessem, conseqüentemente, procedimentos terapêuticos físicos e medicamentosos.

“Foi em nome dessa nova verdade que o tratamento manicomial se transformou em um conjunto de intervenções mais ou menos violentas sobre as funções orgânicas. Infligir o sofrimento físico e a violência, para atuar sobre o cérebro doente, passou a ser rotina terapêutica.

O manicômio não é mais um ‘instrumento de cura’. Nem instrumento. Passou a ser *locus*, apenas um lugar onde o louco está à

mão, para submeter-se aos diversos ‘tratamentos físicos’. É sem dúvida, um panorama sombrio.” (Pessotti, 1996, p. 285)

Mudou-se a forma de se pensar acerca das causas da loucura, mas o manicômio se perpetuou, agora de uma forma ainda mais violenta, justificada por um aparato teórico. O manicômio deixou de ser um “instrumento de cura” e passou a ser local de depósitos de diferentes formas de loucura, onde se impuseram diversos atos de violência, em nome da ciência.

As críticas ao modelo fechado e autoritário, que continuava presente nos hospícios da época, fizeram surgir a proposta de criação de colônias de alienados como uma possível resposta a esses reclamos. Locais onde se criaria uma “ilusão de liberdade”, de acordo com Maradon, citado por Juliano Moreira (1905), as colônias tinham como objetivo por um lado, neutralizar as denúncias de superlotação, aprisionamento e violência presentes nos hospícios, e por outro, transformar o modelo assistencial.

“As colônias atualizam, então, o compromisso da psiquiatria emergente com a realidade do contexto sócio-histórico da modernidade. Na prática, o modelo das colônias serve para ampliar a importância social e política da psiquiatria e neutralizar parte das críticas feitas ao hospício tradicional. No decorrer dos anos, as colônias, em que pese seu princípio de liberdade e de reforma da instituição asilar clássica, não se diferenciam dos asilos pinelianos.” (Amarante, 1995, p. 28)

Essas tentativas esparsas não foram suficientes para modificar o panorama da prática e instituições psiquiátricas na época. O tema das colônias será retomado mais adiante, quando for abordada a história do Centro Psiquiátrico Pedro II, criado originalmente a partir deste modelo.

Foi a partir do período após a 2ª Guerra Mundial que surgiram, na Europa e nos Estados Unidos, os primeiros movimentos que buscavam uma transformação mais efetiva do modelo vigente. Com a reconstrução dos países da Europa, após a vitória dos Aliados, os hospícios passaram a sofrer críticas a seus atos violentos e excludentes no tratamento da loucura, e em



alguns locais buscou-se formas de transformação que pudessem se adequar à nova ordem, onde o pensamento de participação democrática e do bem estar social se tornaram presentes.

## **1.2 - As Novas Tentativas de Reforma**

Surgiram movimentos para se contrapor ou superar o modelo vigente, em um período de reconstrução da Europa, onde os grandes hospícios eram comparados aos campos de concentração nazistas, e quando se necessitava de mão de obra para a reconstrução dos países. Podem ser divididos em três grupos, como forma de organização, baseando-se nos trabalhos de Birman & Costa (1994) e Amarante (1995):

1. Os movimentos que priorizavam as críticas à estrutura asilar: Estão incluídos os movimentos das Comunidades Terapêuticas (Inglaterra e Estados Unidos) e da Psicoterapia Institucional (França).

2. Movimentos que priorizavam a comunidade como lugar de atuação da psiquiatria. Nesse grupo incluem-se a Psiquiatria Preventiva e a Psiquiatria de Setor.

3. Movimentos instauradores de rupturas na constituição do Saber médico sobre a loucura. Estão presentes neste grupo o movimento da Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana.

### **As Comunidades Terapêuticas**

O termo Comunidade Terapêutica foi utilizado por Maxwell Jones, a partir de 1959, para definir as experiências desenvolvidas em um hospital psiquiátrico, baseados nos trabalhos de Sullivan, Menger, Bion e Reichman. Suas experiências eram baseadas na adoção de medidas coletivas, democráticas e participativas dos pacientes tendo como objetivo resgatar o processo terapêutico a partir da transformação da dinâmica institucional.

A idéia da Comunidade Terapêutica vinculava-se à idéia de tratar os grupos como se fossem um “organismo psicológico”. (Jones, 1972)

Maxwell Jones criou o termo “aprendizagem ao vivo” para definir a possibilidade do paciente aprender meios de superar as dificuldades com o auxílio dos outros e relacionar positivamente com outros. A Comunidade Terapêutica surge como processo de reforma institucional interno ao asilo. Seu objetivo era resgatar a função terapêutica do hospital, fazendo que todos, e não apenas os técnicos compartilhassem.

### **Psicoterapia Institucional**

A partir da liderança de François Tosquelles no hospital de Saint Alban, onde pôde reunir vários ativistas marxistas, freudianos ou surrealistas, iniciou-se uma experiência de transformação do espaço asilar buscando sua superação como espaço de segregação, a verticalidade das relações e críticas ao poder médico. Com forte influência da psicanálise e do pensamento marxista, a psicoterapia institucional buscava tratar das próprias características doentias das instituições.

O termo usado para o que era feito em St. Alban foi dado por Daumeson e Koechlin, em 1952 (Vertzman, 1992).

Segundo Vertzman, a Psicoterapia Institucional baseia-se em quatro “Axiomas Básicos”:

- “- Liberdade de circulação.
- Lugares estruturados concretos: ateliês, serviços (cozinha, administração, etc.).
- Contratos facilmente revisáveis de entrada e saída.
- Um acolhimento permanente dispondo de grades simbólicas e de mediações.” (1992, p. 24)

Jean Oury, diretor da Clínica La Borde, na França, define a Psicoterapia Institucional da seguinte forma:

“O objetivo da Psicoterapia Institucional é criar um coletivo orientado de tal maneira que tudo possa ser empregado (terapias biológicas, analíticas, limpeza dos sistemas alienantes sócio-econômicos, etc.) para que o psicótico aceda a um campo onde ele possa se referenciar, delimitar seu corpo numa dialética entre partes e totalidade, participar do corpo ‘institucional’ pela mediação de ‘objetos transicionais’, os quais podem ser o artifício do coletivo sob o nome de ‘técnicas de mediação’, que podemos chamar de ‘objetos institucionais’, que são tanto ateliês, reuniões, lugares privilegiados, funções, etc., quanto a participação em sistemas concretos de gestão ou de organização.” (Oury, 1976, apud Verztman, 1992, p. 28)

### **Psiquiatria de Setor**

A Psiquiatria de Setor é inspirada nas idéias de Bonnafé, que buscavam uma transformação das condições asilares do pós-guerra. Segundo Fleming:

“(…) um projeto que pretende fazer desempenhar à psiquiatria uma vocação terapêutica, o que segundo os seus defensores não se consegue no interior da estrutura hospitalar alienante. Daí a idéia de levar a psiquiatria à população, evitando ao máximo a segregação e o isolamento do doente, sujeito de uma relação patológica familiar, escolar, profissional, etc. Trata-se portanto de uma terapia *in situ*: o paciente será tratado *dentro* do seu próprio meio social e *com o seu* meio, e a passagem pelo hospital não será mais do que uma etapa transitória do tratamento.” (Fleming, 1976, apud Amarante, 1995, p. 36)

O hospital era dividido em vários setores, cada um correspondendo a uma região da comunidade. Isso possibilitaria a manter os hábitos e costumes de cada região na população interna, e haveria uma continuidade no tratamento, com a mesma equipe, após a saída do hospital.

## **Psiquiatria Preventiva**

A Psiquiatria Preventiva é definida como comunitária por Caplan (1980), em seu livro publicado na década de 60, como parte dos programas de saúde, elaboradas pela política do Pres. Kennedy dos Estados Unidos. Segundo Lancetti (1989), Caplan divide seu programa em:

- “Programas para reduzir (não curar), numa comunidade, os transtornos mentais (Prevenção Primária).
- Programas para reduzir a duração dos transtornos mentais (Prevenção Secundária).
- Programas para reduzir a deterioração que resulta dos transtornos mentais (Prevenção Terciária).” (1989, p. 77)

A grande novidade da proposta de Caplan foi a Prevenção Primária, pois as outras duas já existiam na prática assistencial. Segundo Birman e Costa:

“É assim que a relação Saúde-Doença, polarizadas entre adaptação e desadaptação sociais, de acordo com critérios estabelecidos, passa a fazer parte do circuito homeostático da ‘Comunidade’, que lança mão da Psiquiatria Preventiva como um dos seus instrumentos para restabelecer o equilíbrio das tensões.” (1994, p. 56)

## **Antipsiquiatria**

Nascida junto à grande corrente de contestação cultural e política dos anos 60, esse movimento tinha como ponto estratégico críticas ao objeto, às teorias e aos métodos da Psiquiatria e Psicopatologia, proporcionando uma profunda revolução nesse campo. Seus principais autores, Ronald Laing, David Cooper e Aaron Esterson insistiram na idéia de que as concepções

“científicas” da loucura e seus recursos de tratamento eram invariavelmente violentas e seriam apenas eufemismos da alienação política, econômica e cultural da sociedade moderna. No período de 1962 a 1966 inicia-se um trabalho independente em uma ala denominada de “Pavilhão 21”, com clientela que não havia sido tratada em nenhuma ocasião anterior, seguindo uma nova forma de comunidade terapêutica. Organizavam reuniões que buscavam subverter a hierarquia e disciplina hospitalar, buscando quebrar possíveis resistências às mudanças. Segundo Amarante:

“A Antipsiquiatria busca um diálogo entre a razão e loucura, enxergando a loucura entre homens e não dentro do homem. Critica a nosografia que estipula o ser neurótico, denuncia a cronificação da instituição asilar e considera até a procura voluntária do tratamento psiquiátrico uma imposição do mercado ao indivíduo que se sente isolado da sociedade.” (1995, p. 47)

## **A Psiquiatria Democrática**

A partir de um processo crítico sobre a natureza da instituição psiquiátrica e a inviabilidade de uma mera reorganização técnica, humanizadora, administrativa ou política, Franco Basaglia, após participar de um trabalho de transformações em Gorizia, na Itália, chega a Trieste e processa um empreendimento de demolição do aparato manicomial. Propunha a extinção dos tratamentos violentos, destruição de muros e constituição de novos espaços e formas de lidar com a loucura.

“A complexidade de situações ou da assistência sociopsiquiátrica desenvolvida faz dos CSM<sup>7</sup> triestinos estruturas que, segundo o momento e a necessidade de cada pessoa, adquirem um caráter de serviço médico-ambulatorial, enfermaria de breve permanência, centro de permanência diurna (hospital-dia) ou noturna (hospital-noite), serviço sócio-assistencial (alimentação, subsídios, administração e facilitação econômica), ponto de partida para visitas ou

intervenções domiciliares, reinserção no trabalho e lugar para organização de atividades socio sanitárias, culturais e esportivas do bairro. É ainda o lugar no qual se trabalha a crise e onde são geralmente realizados os tratamentos sanitários obrigatórios.” (Barros, 1994, p. 106)

Essa nova forma de trabalho não buscava a suspensão dos cuidados, mas uma nova forma de entender, tratar e lidar com a loucura. Também não propunha o simples fechamento dos hospitais, mas a medida em que os serviços tradicionais fossem desativados, esses seriam substituídos por Centros de Saúde Mental, em áreas demarcadas em um determinado território, abrangendo uma população de 20 a 40 mil habitantes, funcionando 24 horas por dia.

Por iniciativa do Estado Italiano, é desenvolvido um estudo com objetivo de modificações na legislação do país. As idéias de Basaglia são incorporadas na lei aprovada (Lei 180), e ficou conhecida como Lei Basaglia que entre diversas propostas estabelecia o fechamento gradual dos manicômios e sua substituição por serviços territoriais.

Dentre os modelos citados, talvez a experiência italiana, a partir de Franco Basaglia especialmente em Trieste, conseguiu mudanças mais profundas no modelo vigente até então, da psiquiatria centrada no Hospital Psiquiátrico.

O conceito de desinstitucionalização, dentro da tradição Basagliana, se diferencia do simples desmonte do Hospital Psiquiátrico, ampliando esse desmonte para os mecanismos psiquiátricos de exclusão/controle.

Franco Rotelli, citado por Barros (1994), afirma que o processo de desinstitucionalização não reside nos dias atuais, na remoção dos sintomas, mas na produção de possibilidades de vida, dentro de um modelo cultural que não seja mais a custódia ou a tutela, mas a construção de projetos que aumentem as possibilidades e probabilidades de vida, entendendo assim a

---

<sup>7</sup> Centro de Saúde Mental.

terapia como rearlargamento dos espaços de liberdade últimos do sujeito humano no sentido de sua emancipação, aumentando os estatutos de liberdade a sua volta.

Para Rotelli, a verdadeira desinstitucionalização em Psiquiatria inclui:

1. A mobilização como atores, os sujeitos sociais envolvidos
2. A transformação das relações de poder entre os pacientes e as instituições.
3. A produção de estruturas de Saúde Mental que substituam inteiramente a internação no Hospital Psiquiátrico e que nascem da desmontagem e reconversão dos recursos materiais e humanos que estavam ali depositados.

O autor diferencia o conceito de desinstitucionalização de desospitalização, esta última como sendo:

“... Política de altas hospitalares, redução mais ou menos gradual do número de leitos (e em alguns casos, embora não frequentemente, de fechamento mais ou menos brusco de hospitais psiquiátricos).”

No mesmo texto, mais adiante, Rotelli expõe os desdobramentos da política de desospitalização na Europa e Estados Unidos:

“A política de desospitalização foi acompanhada por uma redução no período das internações e por um aumento complementar de altas e de recidivas. Em outras palavras, os hospitais psiquiátricos são em parte organizados segundo a lógica do “revolving-doors”. A desinstitucionalização, portanto, entendida e praticada como desospitalização, produziu o abandono de parcelas relevantes da população psiquiátrica e também uma **transinstitucionalização**<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Grifo meu

(passagem para casa de repouso, albergues para anciãos, cronicários “não psiquiátricos”, etc.) e novas formas mais obscuras de internação”.

Assim, toda busca de transformação nos modelos psiquiátricos não devem se limitar simplesmente a abolição das estruturas manicomiais, mas a construção de novas formas de possibilidades e de inventividade, onde os atores envolvidos tenham participação ativa em todos os processos de mudanças.

Em resumo, procurou-se demonstrar até este ponto, que as práticas psiquiátricas calcadas nos princípios de loucura enquanto doença/erro de razão torna o sujeito alienado objeto de intervenção compulsória, onde o modelo da psiquiatria vigente autoriza a internação como isolamento e exclusão.

### **1.3 - A Concepção de Doença**

Todas as tentativas de transformação do modelo da Psiquiatria vigente se opunham à situação de opressão, violência, cronificação e exclusão existentes nas instituições psiquiátricas. Suas práticas tinham o caráter menos repressor, mais democrático e participativo, tanto para os pacientes como para os profissionais. As propostas da Antipsiquiatria, apesar de serem as mais radicais de todas as experiências, se calcavam mais nas críticas dos modelos predominantes, e quando se buscavam uma ação positiva de transformação, estas se perdiam nas argumentações ligadas a aspectos amplos como a sociedade, o capitalismo, etc. Nenhum dos modelos colocava em questão a existência ou não de adoecimento e de necessidade de uma intervenção. Poderia ser negada como doença localizada apenas no corpo do sujeito identificado como doente, mas ainda assim existiria um outro “corpo doente” que poderia ser o “corpo” social, o “corpo” político, etc.

Canguilhem, em seu trabalho sobre o normal e o patológico, escrito em 1943, construiu o que poderia ser chamado de uma epistemologia regional da medicina (Canguilhem, 1990). Um aspecto importante levantado no seu



trabalho, é que o fato patológico não seria um dado exclusivo e em primeira instância da ciência, mas sim um produto da denúncia do homem sobre seu mal-estar. É a *queixa* que vai julgar seu estado vital. O que poderia diferenciar a normalidade da doença é um acordo sobre o desempenho do organismo humano. Sendo assim o *valor* é critério de classificação e motor da terapêutica. Apesar de procurar se guiar por uma racionalidade científica, Canguilhem afirmava que o essencial da medicina ainda seria a clínica e a terapêutica, ou seja, uma técnica de instauração e restauração do normal. (Canguilhem, 1990)

“Em última análise, são os doentes que geralmente julgam - do ponto de vista muito variados - que não são mais normais ou se voltaram a sê-lo. Para um homem que imagina seu futuro quase sempre a partir de sua experiência passada, voltar a ser normal significa retornar sua atividade interrompida, ou pelo menos uma atividade considerada equivalente, segundo os gostos individuais ou os valores sociais do meio. Mesmo que essa atividade seja uma atividade reduzida, mesmo que os comportamentos possíveis sejam menos variáveis, menos flexíveis do que eram antes, o indivíduo não dá tanta importância assim a esses detalhes. O essencial para ele, é sair de um abismo de impotência ou de sofrimento em que *quase ficou definitivamente*; o essencial é *‘ter escapado de boa’*.” (Canguilhem, 1990, p. 91)

O campo da saúde mental se inclui nessa temática, pois permanecem presentes as concepções de doença/saúde, tratamento/cura, etc. Todas as tentativas de mudanças nos procedimentos existentes não chegaram a praticar transformações significativas na concepção do sofrimento mental como adoecimento e as possíveis intervenções. Mesmo que possa julgar o doente mental incapaz de aferir esse valor de sofrimento, em alguns casos, o sofrimento estará presente no meio familiar, partilhando das *queixas* e das *dores*.

Pode-se ampliar, quando se fala em saúde mental, a concepção de adoecimento e sofrimento, mas não se conseguirá ir muito longe do que hoje

está colocado, como pertencente ao campo da medicina. Como ainda hoje esse paradigma não foi transformado, toda terminologia e conceitos pertencentes a esse modelo permanecem predominantes nas práticas existentes.

## **CAPÍTULO 2**

### **A LOUCURA NO BRASIL: COMO SE FEZ A PSIQUIATRIA ENTRE NÓS.**

#### **2.1 - Pequena História da Loucura no Brasil**

A necessidade da criação dos primeiros hospitais psiquiátricos no Brasil surgiu quase que exclusivamente com o objetivo de resolver um

problema localizado em outro estabelecimento de assistência. No Rio de Janeiro, a idéia de se criar um espaço de recolhimento mais adequado aos loucos que se encontravam nas dependências da Santa Casa de Misericórdia ou nas ruas, fazia parte de uma cadeia de transferência de responsabilidades que se iniciou com a necessidade de se retirá-los do espaço urbano. Foi dessa forma que se pensou na construção do primeiro hospital psiquiátrico no Brasil - o Hospício de Pedro II.

A inauguração do Hospício de Pedro II, que em homenagem ao então imperador do Brasil recebeu o nome de Pedro II, ocorreu em 05 de dezembro de 1852, tendo sido criado através do Decreto n° 82 em 18 de julho de 1841. Era dada como necessária a construção de um local específico, que ficasse afastado do centro urbano da cidade do Rio de Janeiro, para abrigar os loucos recolhidos pela Santa Casa, que lá ficavam internados em locais vistos como impróprios e custosos (Medeiros, 1977).

Na verdade, tinha-se como princípio básico um duplo afastamento do louco do meio urbano e social, quer fosse pelo distanciamento ou pela reclusão. A escolha da Praia Vermelha, local onde se construiria o Hospício de Pedro II foi em função de ser um local afastado do centro urbano. Com isso, ficava evidente a prática de exclusão tão presente nas diversas maneiras de lidar com as formas de loucura.

*“Exclusão, eis aí, numa só palavra, a tendência central da assistência psiquiátrica brasileira, desde seus primórdios até os dias de hoje, o grande e sólido tronco de uma árvore que, se deu e perdeu ramos ao longo de sua vida e ao sabor das imposições dos diversos momentos históricos, jamais fletiu ao ataque de seus contestadores e reformadores”.*(Resende, 1987, p. 36)

Com a queda do Império e o surgimento da República, em 1890, o Hospício de Pedro II passou a se chamar “Hospício Nacional de Alienados”, através do Decreto n° 206A, de 15 de fevereiro de 1890, ficando sob administração do governo federal, desvinculando-se assim da Santa Casa e

ficando subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Nesse mesmo ano foi instituída a Assistência Médico-Legal aos Alienados e criadas e anexadas ao Hospício Nacional as Colônias de São Bento e a Colônia de Conde de Mesquita ambas para pacientes do sexo masculino<sup>9</sup>, na Ilha do Galeão, atual Ilha do Governador. As Colônias tinham por finalidade principal resolver os problemas de superlotação do hospício, oferecendo uma forma de tratamento voltada às atividades de trabalho, principalmente a agropecuária e diversos artesanatos que caracterizavam os modelos de colônias.

“As Colonias são reservadas a alienados indigentes, transferidos do Hospital Nacional e capazes de entregar-se à exploração agrícolas e a outras pequenas indústrias” (Anônimo, 1922, p. 544)

Por volta de 1902, em função de diversas irregularidades existentes no Hospício Nacional de Alienados e nas colônias, foi feita a abertura de inquérito, cuja comissão composta pelos médicos Francisco Eiras, Salles Guerra e Antônio Maria Teixeira e o farmacêutico Silva Araújo, sugeriram vários melhoramentos. (Anônimo, 1922)

Nesta época, e em consequência do inquérito, foi então nomeado Diretor da Assistência Médico-Legal aos Alienados o Dr. Juliano Moreira<sup>10</sup>, professor substituto da cadeira de Clínica Psiquiátrica da Bahia. Sua monografia, em 1905, dizia:

“Conhecendo por tel-os frequentado ou visitado, os melhores manicômios do Velho Mundo, muito desejava o novo Director chegar a obter do Poder Legislativo verba sufficiente para a construcção de um novo asylo-colonia, onde fossem attendidas todas as exigências da psyquiatria moderna (Moreira, 1905, apud Anônimo, 1922, p. 544).

---

<sup>9</sup> Há controvérsias em algumas fontes quanto a Colônia de Conde de Mesquita ser de pacientes masculinos. Os trabalhos de Sampaio (1988), Andrade (1992) e Reis (1996) citam-na como colônia feminina. A opção da descrição acima foi por base no trabalho do Dr. Álvaro Cardoso (1929).

<sup>10</sup> A Psiquiatria praticada nos hospícios era reflexo do atraso da Psiquiatria no Brasil. Juliano Moreira e seus discípulos dão um novo impulso, inaugurando uma Psiquiatria com fundamentos teóricos e técnicos coerentes, com forte influência da Psiquiatria Alemã.

(...) Excusado é em insistir em que o Hospício de modo algum bastará às necessidades da Assistência a Alienados do Distrito Federal. Excusado é também desperdiçar palavras para demonstrar que as colônias agrícolas são um excelente meio de assistência a insanos. Portanto, a citada reforma está a impor-se. A economia que advirá para o Estado, as vantagens terapêuticas para os doentes, a possibilidade de restringir a população do Hospício, tudo está a pugnar por esse desideratum” (Moreira, 1905, apud Anônimo, 1922, p. 539).

Pressionados pelos frades da Ordem de São Bento, proprietários do terreno onde se localizava a Colônia de São Bento e em função das críticas às condições das instalações, feitas principalmente pelo então Diretor Geral Professor Juliano Moreira, o Governo resolveu adquirir a fazenda do Engenho Novo, em Jacarepaguá para as instalações de uma nova Colônia com o objetivo de receber os pacientes da Ilha do Governador. O espaço onde se localizava a Colônia de Conde de Mesquita, a então chamada Ponta do Galeão era também de interesse da Marinha, que queria instalar a sua recente Divisão Aérea, onde atualmente se localiza a Base Aérea do Galeão. (Anônimo, 1922)

## **2.2 - O Nascimento da Colônia de Alienadas**

Em face da superlotação de mulheres no Hospício Nacional, foi criada pelo Decreto de 11 de julho de 1911 (Cardoso, 1929) a Colônia de Alienadas em terreno cedido pela Marinha, onde existiam pavilhões para tratamento de beribéricos, em troca de um terreno no Andaraí, onde atualmente se encontra o Hospital do Andaraí, unidade própria do Ministério da Saúde. O primeiro diretor da Colônia foi o alienista Dr. Simplício de Lemos Braule Pinto. A Colônia tinha como objetivo inicial receber exclusivamente pacientes indigentes do sexo feminino que seriam transferidas do Hospício Nacional de Alienados.

“Em consequência das constantes solicitações do Director Geral, por se tornar cada vez maior o número de internados no Hospital

da praia das Saudades, creou o mesmo Governo, em 1911, as colônias de mulheres do Engenho de Dentro.

No orçamento, não houve especificação de verba para esse fim, ocorrendo o seguinte: O Ministério da Marinha cedeu o terreno e as edificações daquele sítio então destinados ao Hospital de Beribericos, e dos quaes já nos ocupamos no capítulo do Hospital de S. Sebastião por terem sido ahi no Engenho de Dentro hospitalizados variolosos; em troca dessa propriedade, ficou o Ministerio da Marinha com terreno e predios do Andarahy”. (Anônimo, 1922, p. 544)

Foram feitas pequenas modificações no estabelecimento para receber 200 pacientes primeiramente, mas no ano seguinte (1912), foram ampliados todos os seus serviços, construindo-se um pavilhão para outras 200 pacientes.

Assim, a Colônia onde é atualmente o Centro Psiquiátrico Pedro II surge primeiramente como forma de resolver um problema agudo; o da superlotação do Hospício Nacional.

Obviamente o objetivo principal que se perpetuava, era de isolar os loucos do convívio social, e cada vez mais afastados do centro urbano. Por mais que as justificativas pudessem ser de criar melhores condições de alojamentos, esses lugares rapidamente superlotavam e se deterioravam.

Com o falecimento do Dr. Braule Pinto em 18 de setembro de 1918, assume a direção da Colônia o Dr. Gustavo Riedel, que imprime uma série de transformações na instituição e influi bastante na ideologia da assistência psiquiátrica do país da época.

Por iniciativa de Gustavo Riedel, em 1918, é criado na Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro, o primeiro ambulatório psiquiátrico da América Latina. (Sampaio, 1988).

“Conhecedor perfeito de serviços dessa natureza, como psiquiatra notavel que é, desejoso de colaborar como poderes publicos no desenvolvimento da assistencia aos insanos em nosso paiz, de logo começou o Dr. Riedel a traçar o seu programma de transformação e ampliação de todos os serviços, sob sua directa e immediata orientação scientifica, tendo sempre por lemma: ‘que o momento não permite que um serviço de alienados permaneça com seu objectivo limitado a deposito de doentes chronicos’.

Assim é que ao iniciar-se o anno de 1919, o numero de doentes então internadas na Colonia de Alienadas do Engenho de Dentro montava apenas a 389, número esse que hoje ascende a 500, não se computando nesse numero os doentes do ‘Ambulatorio Rivadavia Corrêa’ e dos serviços abertos do pavilhão ‘Presidente Epitacio’.”  
(Cardoso, 1929, p. 49)

A atenção aos doentes mentais da época ficava restrita ao interior dos asilos. Pode ser vista como uma exceção à regra, o ambulatório do Engenho de Dentro, que tinha como proposta não só acompanhar o doente mas também promover o “aconselhamento genético” como prevenção dos distúrbios mentais. Chama a atenção os chamados “serviços abertos”. Nos relatos da época, procurava-se demonstrar sua importância pelo fato de serem inovadores, e por sua criação ter sido anterior a alguns outros serviços semelhantes na Europa, tendo sido pioneiro Clifford Beers nos EUA (Cardoso, 1929). Podemos, com isso, afirmar que foi o primeiro serviço aberto criado no Brasil.

“Vendo seus esforços coroados do mais completo exito, continuou a administração na execução do seu programma, creando os serviços abertos, em que são tratados os psychopathas que não necessitam de internamento ou que são acommethidos de uma doença aguda possivel de cura.

Esses serviços se encontram perfeitamente installados em pavilhão proprio - Pavilhão Presidente Epitacio - com duas amplas

enfermarias contando cada uma oito leitos, além de quatro quartos isolados, com dois leitos cada um, destinados à internação e tratamento de toxicomanas. Possui ainda esse pavilhão refeitório próprio e um bello jardim interno para recreio e descanso das doentes.” (Cardoso, 1929, p. 50, p. 51)

Outro trabalho que foi desenvolvido na época foi a Assistência Hetero-Familiar, preconizado pelo Dr. Juliano Moreira e implantada na Colonia de Alienadas pelo Dr. Gustavo Riedel.

Em um trabalho do Dr. Juliano Moreira (1906) sobre a Assistência Familiar, refere a outro texto anterior do próprio autor em que dizia:

“Convindo pensar no futuro quando o augmento de doentes fôr tal que comece a ser por demais oneroso ao Estado, terão os poderes publicos de recorrer á assistencia familiar dos insanos susceptiveis della. E então, dadas as nossas condições sociaes, sómente nas proximidades de uma colonia agricola, já a esse tempo muito bem organisada, será possivel effectuar aquelle progresso.”(Moreira, 1906, p. 25)

Ficava claro que um dos seus objetivos era a diminuição ou contenção dos gastos públicos com os doentes mentais, visto que a população dos estabelecimentos psiquiátricos crescia vertiginosamente. Mais adiante o mesmo autor afirma:

“Para uma porção bastante consideravel de alienados carecendo de assistencia e que podem ser submettidos a esse tratamento, a assistencia familiar representa a fôrma mais natural, mais livre, a melhor e a menos despendiosa de cuidar taes enfermos e constitue, além disso, para um grande numero delles um factor therapeutico importante.(...)”

(...) As colonias familiares não anniquillam de nenhum modo os estabelecimentos existentes, não constituem a estada conveniente para



todas as especies de alienados, porém podem parar de modo pratico, activo e pouco dispendioso o crescimento incessante desses estabelecimentos”.(Moreira, 1906, p. 28 - 29)

Obviamente, o programa de Assistência familiar não tinha como objetivo o desmonte do aparato manicomial, mas, como vimos nos textos acima, mais uma vez falava-se de contenção dos gastos e controle da população de internos. Assim como as colônias criavam uma falsa liberdade, na assistência hetero-familiar criava-se uma “família de técnicos”, em substituição a sua família original, uma comunidade assistida e acompanhada pela Psiquiatria.

O serviço de Assistência Familiar foi implantado na Colônia de Alienadas em 1921 com a construção de onze pequenas casas<sup>11</sup>, no modelo de “bungalows”, que eram arrendadas às famílias das enfermeiras com a condição de tomarem conta de duas ou mais pacientes como pensionistas, que passariam a conviver com os familiares das enfermeiras fazendo serviços domésticos. Tal programa foi concebido como “estado intermediário entre a internação e a sociedade” (Cardoso, 1929). O serviço não teve grande desenvolvimento e não sabe-se precisar em que período tal idéia foi abandonada. Havia o projeto de construção de uma “grande vila”, com a ampliação da área pertencente ao hospital até o alto do morro, localizado próximo ao hospital.

“É pensamento da directoria da Colonia seguir o systema de Uchtspring, transformando a Assistencia-familiar em uma verdadeira ‘**villa de alienados**<sup>12</sup>’, desdobrando-se desde a parte sudoeste da Colonia, até attingir ás faldas da serra que lhe serve de moldura.

Dentro desse perimetro será levantada a ‘grande villa’, projectando-se para tal fim as necessárias ruas e praças, onde serão

---

<sup>11</sup> Atualmente ainda existem algumas casas próximas ao hospital que pertencem à União mas se encontram ocupadas por funcionários, muitos deles aposentados ou por parentes que “herdaram” o imóvel.

<sup>12</sup> Grifo meu.

convenientemente dispostos os diversos ‘bungallows’ e installada uma escola para a educação das atrasadas mentaes enviadas pelo Juiz de Menores.” (Cardoso, 1929, p. 56)

Na administração do Dr. Gustavo Riedel foi criada ainda uma escola de enfermagem.

“Aproveitando-se do disposto no Decreto nº 791 de 27 de Setembro de 1890, e conseguindo o mais franco e decidido apoio do então ministro da Justiça e Negocios Interiores Dr. Alfredo Pinto, fundou, anexa á Colonia, a escola de enfermeiras, a que deu o nome de ‘Escola Profissional de Enfermeiras Alfredo Pinto’, em homenagem áquelle saudoso ministro. Desde sua fundação em 1921, vem a Escola Alfredo Pinto” prestando excellentes serviços não só aos departamentos da Assistencia a Psychopathas como a innumerous outros departamentos de assistencia pública e privada no Districto Federal e nos Estados (...)” (Cardoso, 1929, p. 55).

Atualmente a Escola de Enfermagem Alfredo Pinto pertence a UNIRIO - Universidade do Rio de Janeiro (Universidade Federal vinculada ao Ministério da Educação).

### **2.3 - A Colônia transforma-se em macro-hospital**

Em 1938, Aduino Botelho assume a direção da Assistência aos Alienados<sup>13</sup>, e cuida da transformação da Colônia de Alienadas no Centro Psiquiátrico no Engenho de Dentro, para onde seriam transferidos os doentes do Hospício Nacional de Alienados, que saía da Praia Vermelha por ter-se tornado a Urca um bairro residencial. (Medeiros, 1977). A transferência só veio a ocorrer em 1943, com a desativação dos prédios do antigo Hospício Nacional de Alienados e sua anexação pela Universidade do Brasil, inclusive o Pavilhão de Observação e Diagnóstico que passou a se denominar de

---

<sup>13</sup> A partir de 1930 as atividades de saúde passaram do âmbito do Ministério da Justiça e Negócios Interiores para o recém criado Ministério da Educação e Saúde. (Luz, 1979, 57)

Instituto de Psicopatologia, onde atualmente é o Instituto de Psiquiatria da UFRJ.

Nos terrenos da antiga Colônia foram construídos os hospitais, com grandes estruturas arquitetônicas, locais para receberem os pacientes oriundos do Hospício Nacional. Nessa época construíram duas casas próximas; uma de dois andares, para ser a residência do Administrador do hospital, e outra com diversos quartos, para a residência de alunas do curso de enfermagem.

O Centro Psiquiátrico Nacional passou a ser o grande herdeiro do antigo Hospício que era o local de passagem de personagens ilustres do mundo científico e onde se emanava todo conhecimento acerca da alma humana na época. Passaram a fazer parte do Centro Psiquiátrico Nacional .

- Instituto de Psiquiatria - Atual Unidade Hospitalar Professor Aduino Botelho.

- Hospital Pedro II - Atual Unidade Hospitalar Odilon Galotti. Foi construído para receber os pacientes do antigo Hospício Nacional. Atualmente está desativado como unidade hospitalar e abriga o Centro Comunitário em algumas de suas dependências.<sup>14</sup>

- Hospital Gustavo Riedel - Atual Unidade Hospitalar Gustavo Riedel.

- Hospital de Neuro-Psiquiatria Infantil - Inaugurado<sup>15</sup> em 10 de outubro de 1942, já vinha recebendo pacientes menores transferidos do Pavilhão Bourneville, do Hospício Nacional. Atualmente se encontra desativado.

- Hospital de Neuro-Sífilis - Atual Instituto Philippe Pinel, localizado em Botafogo, em área do antigo Hospício Nacional. Embora não estivesse localizado no complexo hospitalar do Engenho de Dentro, fazia parte do Centro Psiquiátrico Nacional.

---

<sup>14</sup> O Centro Comunitário será descrito, posteriormente, neste trabalho.

<sup>15</sup> Essas inaugurações eram revestidas de certa importância, com a presença de ministro e o Presidente da República.

Em 07 de janeiro de 1965, no governo militar do General Castelo Branco, que através do Decreto-lei nº 55474 foi criada uma nova denominação para o Centro Psiquiátrico Nacional, que passou a se chamar de Centro Psiquiátrico Pedro II, resgatando a homenagem ao antigo Imperador. Além do Centro Psiquiátrico Pedro II, integravam o Serviço Nacional de Doenças Mentais, órgão do governo federal, mais três unidades, todas no Rio de Janeiro - Hospital Pinel (antigo Hospital de Neuro-Sífilis), a Colônia Juliano Moreira e o Manicômio Judiciário Heitor Carrilho.

Em 21 de fevereiro de 1967, através de Decreto-lei nº 60252, é criada a Campanha Nacional de Saúde Mental<sup>16</sup> (CNSM), instrumento que propiciou maior obtenção de recursos extra-orçamentários e maior maleabilidade na administração pública. A CNSM era um instrumento apropriado para a obtenção de recursos extra-orçamentários, possibilitando convênios, acordos de cooperação, contratação de pessoal, aquisição de materiais e equipamentos e também autorizando a execução de serviços e obras.

Em 1968 é implantado o Plano Nacional de Saúde pelo então Ministro da Saúde Leonel Miranda<sup>17</sup>. Tal Plano para a assistência médica à população em geral, apesar de fracassado, deixou alguns pontos que permanecem até hoje. Dentre eles cabe ressaltar os convênios criados com hospitais, clínicas e laboratórios.

A partir de 1974 é implantado o Plano de Pronta Ação pelo recém criado Ministério da Previdência e Assistência Social. A partir dessa época, a dominância da “assistência médica” sobre a “saúde pública” é acentuada através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e posteriormente, pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (Luz, 1979). As pessoas que tinham direito à assistência médica do INPS eram, em geral trabalhadores que descontavam uma parcela de seu

---

<sup>16</sup> A CNSM teve um papel importante nos períodos das mudanças a partir da década de 80 na co-gestão com o Ministério da Previdência e Assistência Social, como veremos mais adiante.

<sup>17</sup> O Dr. Leonel Miranda, então Ministro nessa época, era o dono da Casa de Saúde Dr. Eiras, que teve o maior número de leitos contratados pelo governo. Leonel Miranda permaneceu no cargo até 29/10/1969. (Luz, 1979, 135)

salário, financiando assim o sistema. A assistência dessa população era feita em hospitais próprios ou conveniados, quando encaminhados.

Na assistência em saúde mental no Rio de Janeiro, não haviam leitos de internação próprios do INPS, com exceção dos leitos de triagem, sendo então todos os pacientes com direito à assistência médica da Previdência Social, encaminhados para os leitos contratados nas clínicas conveniadas.

A partir desse período, com as novas políticas de saúde preconizadas pelo então governo de ditadura militar, os hospitais do Ministério da Saúde, principalmente o CPPII, passaram a atender basicamente a população indigente, e os pacientes que porventura tivessem algum vínculo previdenciário eram transferidos para as “clínicas conveniadas”. No CPPII, apenas uma unidade, o Instituto Professor Adauto Botelho (IPAB), prestava atendimento aos pacientes da Previdência Social, através de convênio do Ministério da Saúde com o Ministério da Previdência e Assistência Social.

Apesar de algumas tentativas esparsas, influenciadas pelas experiências que vinham ocorrendo na Europa e pela grande penetração que a psicanálise vinha causando nos meios assistenciais e de formação, o hospital caminhava para um processo de decadência e de deterioração, tanto na qualidade da assistência como na conservação dos prédios<sup>18</sup>.

Vale a pena ressaltar o trabalho da Dra. Nise da Silveira, desenvolvido no CPPII desde a década de 40. Foco de resistência da psiquiatria existente na época, o antigo STOR (Setor de Terapia Ocupacional e Reabilitação) e mais posteriormente o Museu de Imagens do Inconsciente, foi onde a Dra. Nise desenvolveu um trabalho baseado na teoria de Carl Gustav Jung com pacientes internados no CPPII, trazendo à tona as contradições do sistema psiquiátrico e questionando seus pilares mais resistentes; a exclusão e a violência.

---

<sup>18</sup> Durante um período da década de 70, funcionou em algumas enfermarias do Hospital Odilon Galotti e do Hospital Gustavo Riedel um trabalho baseado nas experiências da Comunidade Terapêutica Inglesa, com forte influência da teoria psicanalítica.

#### **2.4 - As reformulações do Setor Saúde no Contexto da Redemocratização.**

A partir do ano de 1981, iniciou-se um processo onde o CPPIL começou a modificar suas feições, principalmente nos seus discursos oficiais, no planejamento das políticas de condução da instituição e nas avaliações e críticas do modelo até então vigente.

Com a “divisão de responsabilidades” entre o Ministério da Saúde que se incumbia da “medicina preventiva”, e o Ministério da Previdência e Assistência Social através do INAMPS, a partir de sua criação responsável pela “medicina curativa”, ocorreu uma dicotomia nos procedimentos em saúde. Assim como dois pratos de uma mesma balança, acabava pesando onde havia mais recursos financeiros, ou seja, para a prática institucional de uma medicina curativa, privilegiando a indústria de equipamentos ou medicamentos e serviços hospitalares privados.

No final da década de 70 e início da década de 80, o país vinha apontando os primeiros sinais de abertura política e de redemocratização, e no sentido oposto, ocorria uma política econômica recessiva. Nessa conjuntura começou a surgir uma crise no modelo previdenciário, atribuídos a aspectos estruturais - esquema de custeio e padrão de exploração capitalista dos serviços médicos, e aspectos conjunturais - evasão de receitas em momento recessivo (Andrade, 1992).

Diante da continuidade da crise econômica, obrigando a uma maior contenção de recursos, e por outro lado, existindo pressões para a melhoria da qualidade da assistência à população, iniciaram-se tentativas conjuntas de reformulação da política de saúde entre o MS e MPAS.

Em março de 1980 foi criada a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN), coordenada pelos secretários gerais de ambos os ministérios e integrada por representantes dos mesmos órgãos, tendo as seguintes atribuições (MS/MPAS, 1980):

- Compatibilizar programas e atividades.
- Promover a alocação de recursos disponíveis para as ações de saúde.
- Promover o desenvolvimento de estudos para o constante aperfeiçoamento e adequação da sistemática operacional da prestação de serviços de saúde de qualquer categoria.
- Coordenar as ações nas suas Pastas a nível dos Estados.

A partir daí, surgiu a proposta de co-gestão como forma de integração dos Ministérios, que serviu de base para os planos do CONASP. Foi composto um grupo de trabalho com integrantes do Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social, através de Resolução CIPLAN n° 09/80, que tinha como objetivo:

- Estudar e recomendar medidas necessárias a reorganização e reformulação técnico-administrativas, reequipamento e plena implementação das Unidades Psiquiátricas do MS, localizadas no Rio de Janeiro.
- Estabelecer instrumentos para a co-gestão dessas Unidades, pelos dois Ministérios.

Em 1981 foi criado o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), vinculado ao MPAS, mas com participação do MS, representantes de diversos órgãos públicos e de associações de trabalhadores.

Um dos instrumentos de importância nas mudanças políticas de assistência à saúde foi o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, proposto pelo CONASP em 23 de agosto de 1982, através da portaria MPAS n° 3062. Tinha como princípios básicos: a integração interministerial, descentralização da gerência, a regionalização e hierarquização dos serviços, prioridade para as ações básicas de saúde, planejamento da cobertura assistencial e a previsibilidade orçamentária.

## 2.5 - Os Planos para a Saúde Mental

Como desdobramento do Plano de Reorientação do CONASP, surgiu o Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária, elaborada em dezembro de 1982 (MPAS/MS, 1982).

Em sua introdução, já se podia perceber a predominância do discurso crítico ao modelo manicomial. Obviamente não representava o consenso da psiquiatria no Brasil, mas já apontava o poder participativo de setores da psiquiatria com essa linha de pensamento e de militância.

“A severa desigualdade na distribuição da renda, a acelerada expansão demográfica, a progressiva urbanização das populações, o afrouxamento dos vínculos familiares, a precariedade das habitações, a carência alimentar, as dificuldades de transporte e o desemprego são fatores de tensão e condicionadores da demanda crescente por assistência psiquiátrica. A pobreza em si e por si mesma, coloca essa população mais vulnerável aos distúrbios psíquicos e empresta a estes um caráter de maior gravidade.

(...) O modelo asilar e custodial ainda tem prevalecido na prática, apesar dos avanços ocorridos nas áreas da psicoterapia e da farmacologia. Todos são unânimes em afirmar o seu caráter iatrogênico, com nenhuma possibilidade de contribuir para a superação de quadro nosológico gerado por condições tão adversas, pelo contrário, é agravador e perenizador da situação.” (MPAS/MS, 1982, p. 02)

Aqui se pode perceber o discurso crítico ao modelo manicomial e custodial. A análise da influência dos fatores sociais na determinação de patologias mentais tornam-se presentes nos documentos oficiais.

A seguir, reproduz-se na íntegra, considerando sua importância, os princípios específicos das Propostas de Reorientação da Assistência Psiquiátrica:



- “1. Ser predominantemente extra-hospitalar.
2. Empregar os vários recursos e técnicas diagnóstico-terapêuticas disponíveis com a conseqüente e necessária utilização de equipe multiprofissional, respeitadas as especificidades de cada categoria profissional.
3. Incluir-se numa estratégia de Atenção Primária de Saúde, ou seja:
- Ser regionalizada, de forma a que o evento psiquiátrico seja atendido na própria comunidade e sempre que possível, utilizando os recursos da comunidade.
  - Integrar-se nas áreas programáticas definidas segundo critérios técnicos de regionalização/integração/hierarquização, a uma rede de serviços básicos de saúde que inclua os PAM's<sup>19</sup> do INAMPS e os centros de Saúde Municipais e Estaduais.
  - Utilizar procedimentos metodológicos que integrem ao sistema, recursos estritamente psiquiátricos como:
    - \* Atendimentos ambulatoriais de enfermagem, serviço social, psicologia clínica e terapia ocupacional, entre outros.
    - \* Generalistas treinados para atender, com grau de resolutividade significativo, a casos psiquiátricos tanto a nível de emergência, como em acompanhamento ambulatorial. A equipe multiprofissional de saúde mental participaria deste trabalho através da supervisão e orientação sistemáticas.
  - Promover ações de prevenção e promoção de saúde mental.
  - Disciplinar os mecanismos de encaminhamento, em uma estratégia global que se pode definir como a de evitar que os

---

<sup>19</sup> PAM era a sigla referente aos Postos de Assistência Médica do INAMPS.

casos ou problemas sociais sejam erroneamente rotulados e tratados como doenças mentais.

4. Utilizar recursos e métodos extra-hospitalares, intermediários entre o ambulatório e a internação integral que procurem reverter a tendência (prevalente) à hospitalização: hospital-dia, hospital-noite, pré-internação, pensão protegida e oficina protegida, dando ênfase aos programas para atendimento e acompanhamento dos pacientes egressos dos hospitais.

5. Utilizar a internação integral apenas para aqueles pacientes que apresentem uma sintomatologia que represente risco para si e/ou para terceiros e nos poucos casos em que a associação problemas sociais/sintomatologia psiquiátrica impossibilite totalmente a manutenção do paciente em seu meio familiar e social e pelo menor prazo possível.

6. Promover a implantação progressiva de pequenas unidades psiquiátricas em hospitais gerais na tarefa assistencial ora desenvolvida quase que exclusivamente pelos hospitais especializados; os hospitais de ensino devem ser incentivados nessa prática pela liderança que podem assumir.” (MPAS/MS, 1982, p. 08)

Apesar de toda a crítica ao modelo custodial e a percepção dos determinantes sociais das patologias mentais, as proposições eram de diminuição da hegemonia médica no tratamento e diminuição dos procedimentos hospitalares e aumento dos chamados “métodos extra-hospitalares”. Não haviam ainda propostas para o desmonte do aparato manicomial, criando-se modelos substitutivos, apenas falava-se nos chamados “serviços intermediários”, como por exemplo seria o hospital-dia, e a internação seria indicada para alguns casos.

## 2.6 - A Co-Gestão no CPPII

Viu-se acima as linhas gerais que nortearam as propostas mudanças na política de assistência à saúde mental no Brasil, no contexto da redemocratização. No Rio de Janeiro, paralelamente a esses fatos, em função da existência de três hospitais psiquiátricos federais, foi necessário um estudo inicial para nortear e fornecer subsídios para a implantação da co-gestão, no âmbito específico da saúde mental.

Diante das conclusões do Grupo de Trabalho contidas no relatório em que apontavam diversas precariedades no atendimento e nas condições físicas dos prédios, foi instituído o regime de co-gestão entre MS e MPAS no CPPII através da Portaria Interministerial nº 11 de 06 de novembro de 1980. Foram definidas as diretrizes para a programação do CPPII:

“Quanto à clientela: serão atendidos, independentemente da situação de previdenciário ou não, sem discriminação, utilizadas as mesmas instalações, dependências e horários, todos os que necessitarem dos serviços do Centro.

Quanto aos recursos humanos: serão utilizados recursos humanos dos dois Ministérios, de acordo com a disponibilidade de pessoal e necessidade para a execução da programação.

Quanto aos recursos financeiros: consideradas todas as atividades da administração, pesquisa, ensino e assistência, os dois Ministérios contribuirão em partes iguais para manutenção do Centro.

Quanto ao ensino e pesquisa: serão desenvolvidas as atividades de pesquisa e ensino no Centro, bem como convênios com entidades nacionais e internacionais.” (MS, 1980, p. 13)

O repasse de verbas do MPAS para o MS foi feito através da Campanha Nacional de Saúde Mental (CNSM), subordinada a Divisão

Nacional de Saúde Mental (DINSAM), que possibilitou a execução de reformas nos prédios, aquisição de equipamentos e contratação de pessoal.

As primeiras mudanças começaram a ocorrer no ano de 1981, com a nomeação de um novo diretor e a contratação dos primeiros 157 novos funcionários pela CNSM. Nesse mesmo ano, elaborou-se um cronograma de obras e aquisição de material para o reequipamento das unidades hospitalares e, conseqüentemente, a reativação de serviços.

Mas foi a partir do ano de 1982 que realmente se iniciou um processo de mudanças no hospital. Surge um clima de otimismo e euforia por parte de profissionais de saúde que antes participavam de grupos e organizações que reivindicavam transformações na assistência ou faziam denúncias sistemáticas de maus tratos e abandonos nas instituições públicas ou privadas de saúde mental<sup>20</sup>.

Nesse período, muitos dos profissionais do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) tiveram oportunidade de retornar aos hospitais públicos, sendo possível a participação e interferência na gestão e planejamento dos serviços.

“Apenas em 1982 é que serão dadas as condições objetivas para a tentativa de dotar o hospital de um projeto político-assistencial, que recoloca o CPPII novamente no papel de um dos mais importantes centros de excelência do sub-setor saúde mental no país.”  
(MS, 1984, p. 8)

Nos dias 13 a 17 de dezembro de 1982, foi organizado um evento comemorativo do 38º aniversário do CPPII<sup>21</sup>, como título de “Perspectivas de Saúde Mental no Brasil”, contando com pessoas ligadas a áreas de gerência, assistência e formação. Tinha como objetivo fazer uma avaliação desse início do período de mudanças e também poder consolidar as linhas de trabalho

---

<sup>20</sup> Em 1978, a partir de um movimento de reivindicações de melhoria na assistência dos hospitais da DINSAM, no Rio, surgiu o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental do Rio de Janeiro. Esses profissionais puderam retornar aos hospitais a partir da Co-gestão.

<sup>21</sup> Na época foi considerada como data do surgimento do hospital a criação do Centro Psiquiátrico Nacional com a transferência dos pacientes do antigo Hospício Nacional.

que vinham sendo desenvolvidas. Nesse encontro foi apresentada a “Proposta Técnico-Assistencial do CPPII”, que buscava a “transformação do espaço asilar”. Pode-se perceber claramente que se inicia uma mudança nos discursos oficiais, com a presença de críticas marcantes ao modelo até então vigente:

“Os **grandes hospitais psiquiátricos**<sup>22</sup> são caracterizados por uma estrutura rígida, verticalizada e opressora, tanto para a sua clientela quanto para os seus servidores. As tendências de ordem custodial acarretam, invariavelmente, a cronificação dos enfermos que por ela são tutelados, agravando quase sempre sua situação social e patológica. Sob outro enfoque, dificultam a formação adequada dos profissionais de saúde que nela trabalham, além de produzir vícios e concepções errôneas. Finalmente, contribuem para retardar o processo de concientização sanitária da própria comunidade.

O **macro-hospital psiquiátrico**<sup>23</sup>, assim estruturado, atende mais aos anseios imediatos, ora das famílias, desorientadas frente à existência de ‘episódios’ psico-patológicos e conflituosos, ora da sociedade, que tende a excluir e asilar os indivíduos quando tornam-se improdutivos e inadaptados”.(MS, 1983, p. 79)

Mais adiante, ainda na introdução deste relatório, foi feita uma análise onde a estrutura autoritária e hierarquizada do hospital era vista como impeditiva de se poder desenvolver um trabalho terapêutico. Já é possível ver aqui o discurso contrário ao modelo dos grandes hospitais, atribuindo a isso “iatrogenias” como a cronificação, além vícios e prejuízos à comunidade. Mais adiante, no mesmo relatório:

“O **macro-hospital**<sup>24</sup>, assim estruturado, atende mais aos anseios mediatos, ora das famílias, desorientadas frente à existência de ‘episódios’ psico-patológicos e conflituosos, ora da sociedade, que

---

<sup>22</sup> Grifo meu.

<sup>23</sup> Grifo meu.

<sup>24</sup> Idem.

tendo a excluir e asilar os indivíduos quando tornam-se improdutivos e inadaptados.” (MS, 1983, p. 80)

Pode-se perceber que a doença mental é citada como “episódica” e conflituosa, colocando-se assim um aspecto dinâmico e temporal, dentro de uma possível causalidade ligada a vivências do sujeito, em contraposição a uma explicação organicista e fatalista.

As justificativas da internação eram apontadas como mecanismos de exclusão e asilamento dos indivíduos improdutivos e inadaptados, impostos pela sociedade.

Foram definidos como fundamentais os seguintes objetivos específicos:

1.“ Executar toda e qualquer atividade terapêutica por intermédio do trabalho em equipes multidisciplinares;

2. Diversificar o arsenal terapêutico ora existente, ampliando as possibilidades dos serviços e dos cuidados oferecidos, com consequente melhoria de utilização da capacidade instalada;

3. Priorizar e enfatizar recursos e técnicas extra-hospitalares, com capacidade de pronta-intervenção, diagnóstico e tratamento imediato, com vistas a aumentar sua capacidade resolutiva, restringindo as hospitalizações;

4. Redimensionar os serviços de internação, estabelecendo critérios rigorosos para a hospitalização dos pacientes, no sentido de discipliná-las apenas quando os tratamentos extra-hospitalares não estiverem, em hipótese alguma, indicados ou em condições de serem realizados. A internação deve ser um instrumento terapêutico de exceção, para isso, deve ter um tempo médio de permanência o mais breve possível, de forma a restituir o paciente ao meio de origem em espaço de tempo hábil, evitando assim a cronificação;

5. Criar meios objetivos de promover a reintegração dos pacientes em sua família, no trabalho e na comunidade. Este trabalho permanente de ressocialização e reintegração social cria também uma barreira às reinternações, que é um dos principais problemas atualmente enfrentados.”(MS, 1983, p. 84)

Falava também da criação, como instrumentos de primeira eleição, de serviços a pacientes externos se contrapondo a estrutura de isolamento dos enfermos.

“Garantir a saúde deve ser objetivo primordial do tratamento. Assim, **os serviços extra-hospitalares passam a merecer destaque singular no sistema de saúde mental**<sup>25</sup> uma vez que não retiram do seio da família o doente, promovem uma recuperação rápida, evitam internações e a institucionalização e enfim, concorrem para uma ideologia preventivista e promotora da saúde, ao contrário de meramente assistencialista.” (MS, 1983, p. 81)

## 2.7 - As internações e os leitos.

O CPPII contava no período anterior à Co-gestão, com um total de 848 leitos. Com o reequipamento dos hospitais e a contratação de pessoal, no ano de 1982 o hospital passou a contar com 959 leitos, significando um acréscimo de 13%. O movimento das internações passou de 3.384 internações para 4.188 no ano de 1982, com um crescimento de 24%.

Havia a proposta de se evitar o crescimento excessivo dos leitos hospitalares e disciplinar a sua utilização, mantendo para o ano de 1983 um total de 900 leitos. Apesar de toda a crítica ao modelo hospitalocêntrico, houve um incremento da estrutura hospitalar.

Em 1983 foram desativados o Hospital Odilon Galotti e o Hospital de Neuro Psiquiatria Infantil (HNPI). Os pacientes do primeiro foram transferidos

---

<sup>25</sup> Grifo meu.

para o Instituto Prof. Adauto Botelho (IPAB), antigo Instituto de Psiquiatria e atualmente denominado de Unidade Hospitalar Prof. Adauto Botelho. O antigo Pavilhão de Adolescentes, construído em 1966 e nunca efetivamente usado, recebeu os pacientes internados no HNPI e o seu ambulatório ficou localizado no Pavilhão Ana Nery, que também se encontrava desativado e era um dos locais onde se pensava poder funcionar o hospital dia.

As desativações eram justificadas para obras de reforma dos hospitais, com recursos vindos do FAS (Fundo de Apoio Social) da Caixa Econômica Federal. Tais recursos nunca chegaram ao hospital, inviabilizando as obras e mantendo os hospitais desativados até a presente data.

## **2.8 - O hospital-dia. Protótipo do Modelo Alternativo ao Manicômio.**

“Se trago as mãos distante do meu peito  
É que há distância entre intenção e gesto  
De tal maneira que depois de feito  
Desencontrado eu mesmo me contesto”  
(Rui Guerra e Chico Buarque:  
Fado Tropical)

Em ata nº 03 do Grupo de Trabalho Interministerial para a Co-gestão MS/MPAS, datada de 16 de outubro de 1980, foi referida como prioritária a criação de um hospital-dia no CPPII:

“O Grupo discutiu a seguir, a situação do Hospital-Dia, concluindo que o mesmo deveria funcionar como uma dependência do Hospital Gustavo Riedel, não se constituindo em unidade autônoma, por ser o referido hospital a porta de entrada e de saída de todo o Centro Psiquiátrico Pedro II, facilitando, por isso a missão do Hospital-Dia de impedir hospitalizações desnecessárias e readaptar egressos. O Grupo resolveu ainda recomendar como prioritário a ativação do Hospital-Dia.” (MS, 1982, p. 2)

Também no relatório sobre a “Proposta Técnica” estava contemplada uma proposta de criação de um hospital-dia:



“Propomos ainda implantar um serviço de hospital-dia para adultos no Hospital Gustavo Riedel, onde já existe uma área reservada para este fim, porém, não iniciado por carência de recursos e incentivos.

O hospital-dia é uma modalidade assistencial em regime de **semi-internação**<sup>26</sup> voltada a atender pacientes que não são susceptíveis a tratamento em regime exclusivamente ambulatorial, mas que para os quais, por motivos vários, não está indicada a hospitalização completa.”(MS, 1983, p. 92)

A visão presente na proposta era de um modelo de hospital-dia como instância intermediária à internação e ao ambulatório, onde o paciente indicado seria aquele que o ambulatório não tivesse condições de absorver para tratamento. Ainda apontava o hospital-dia como um modelo de semi-internação, preso aos moldes do hospital, apenas de forma “atenuada”. O hospital-dia seria assim: um hospital sem o poder segregador, excludente ou cronificador que foi atribuído ao manicômio. O relatório procurou discriminar os caso com indicação para o hospital-dia:

“O hospital-dia está indicado nos seguintes casos:

a - pacientes agudos ou crônicos em tratamento ambulatorial, mas sem condições de manter-se nas atividades normais de relação e que se procura evitar sua internação ou reinternação, entendendo que viriam agravar mais a situação.

b - pacientes internados, em condições de alta clínico-psiquiátrica, ou com longo período de internação, necessitando reintegrar-se a vida social, mas ainda inabilitado a permanecer em regime exclusivamente ambulatorial.

c - paciente crônico, em longo período de permanência hospitalar, em que se procede um trabalho de reabilitação e integração social”. (MS, 1983, p. 92)

Ficava evidente a priorização do tratamento ambulatorial, onde o hospital-dia aparecia como possibilidade de atenuar ou solucionar alguns dos “problemas” provocados pela internação. A possibilidade do hospital-dia diminuir o número de internações seria em função de um atendimento diversificado.

“O regime de funcionamento deste serviço deve ser de 08:00 às 17:00 horas, diariamente, com uma equipe multidisciplinar básica em caráter permanente, oferecendo todas as modalidades terapêuticas possíveis de serem realizadas, mas em caráter obrigatório os grupos terapêuticos e operativos, e a terapia ocupacional, principalmente como base nas oficinas e ‘ateliers’. O hospital-dia é também um importante recurso para a integração dos pacientes e diminuição das internações. Deve, portanto, ser exaustivamente dinâmico e operativo, exigindo e criando condições de participação efetiva por parte dos **semi-internos**<sup>27</sup> no próprio tratamento”. (MS, 1983, p. 92)

Na época, a concepção de um hospital-dia no CPPII ainda tinha suas raízes no modelo hospitalar, que se evidenciava, como pode ser visto, pelo uso de algumas definições. Apesar de toda crítica presente nos discursos ao modelo manicomial, não havia surgido uma proposta que se firmasse como substitutivo deste. O ambulatório também era visto como a possibilidade de se contrapor aos hospícios e que o hospital-dia teria um papel complementar.

No CPPII, a proposta do hospital-dia, juntamente com outras, não foram executados durante uma década. Apesar de nos diversos relatos o projeto ter um caráter prioritário, não foi efetivamente viabilizado. Talvez porque havia uma distância entre intenção e gesto. Sobre esse tema Madel Luz afirma:

“Finalmente é preciso distinguir política institucional e prática institucional. Esta distinção é fundamental a nível teórico-metodológico. Em primeiro lugar não confundir discurso institucional

---

<sup>26</sup> Grifo meu.

<sup>27</sup> Grifo meu.

(programas, normas, leis, etc.) e prática institucional, sob pena de reduzir a prática ao discurso. O que significa, no caso da saúde, identificar a retórica das Instituições Médicas com a prática desenvolvida por estas instituições. Identificar, por outro lado, Instituições e discurso institucional - expresso em normas, programas, boletins, publicações, etc. - é identificar a Instituição ao seu pólo dominante. O discurso hegemônico nas instituições - e as instituições médicas não constituem exceção - é via de regra a expressão do pólo institucional dominante e, indiretamente, do discurso socialmente hegemônico. Há nessa identificação um *ocultamento* das contra-normas, das práticas desviantes das normas e dos programas institucionais, das normas paralelas, dos processos de sabotagem à normatização institucional, enfim, das *oposições* - manifestas de formas diversas - ao discurso institucional. Ocultamento que não deixa de ser político”. (LUZ, 1979, p. 64)

O hospital-dia permaneceu existindo apenas nos projetos e propostas dos gerentes e nos programas oficiais. Apesar de constar inclusive no organograma, com função gratificada para as chefias, o trabalho não foi efetivamente implantado. Pode-se levantar algumas hipóteses: Havia alguns gerentes que não tinham interesse verdadeiro em que esse trabalho se realizasse. Por outro lado, existiam questões políticas, como intervenções, demissões e ameaças que impediam a continuidade no processo de implantação das proposições. Outra hipótese, agora relacionada ao corpo de funcionários, seria a possibilidade de que os técnicos ainda não haviam assimilado essa proposta de trabalho, pois a prática existente ainda ocorria de modo tradicional, havendo uma certa “resistência” a novas propostas ou contra-normas que colocassem em questão o papel primordial do médico. Sobre esse tema Madel Luz diz:

“Em outras palavras, nega-se a existência a contradições e conflitos no interior das instituições. Tal como na sociedade global, em que a afirmação do discurso hegemônico vai no sentido de negar a existência das classes - de *outras* classes, de outros interesses que não os dominantes nas instituições, identificar o discurso institucional à

Instituição tem o efeito ideológico-político de, negando-se o contra-discurso, o discurso paralelo, sempre existentes embora reprimidos, negaram-se os *interesses* que eles supõem, isto é, negar-se o outro *pólo institucional*, objeto do discurso e das práticas institucionais.

“A nível da análise isto nos conduziria a uma postura metodológica funcionalista, em primeiro lugar, a existência de planos, programas, etc., como uma prática institucional essencialmente oposta à outra em que não existam planos, etc. O que não é necessariamente verdadeiro; ao contrário, no caso das Instituições Médicas no Brasil, pode-se mudar a retórica institucional, muda-se mesmo o discurso normativo (leis, planos e programas, etc.) sem se alterar radicalmente a prática institucional vigente. Há entre discurso e prática institucional a mesma distância entre palavra e gesto. Muitas vezes, não só não há coerência entre um e outro, como há nítida oposição:” (LUZ, 1979, p. 64)

## 2.9 - Situação Atual do Centro Psiquiátrico Pedro II.

O Centro Psiquiátrico Pedro II é um complexo hospitalar ocupando uma área de 74800 m<sup>2</sup> com uma área construída de 52481 m<sup>2</sup> no bairro do Engenho de Dentro, subúrbio da cidade do Rio de Janeiro.

Atualmente existem quatro unidades hospitalares em funcionamento<sup>28</sup> e quatro serviços, que são denominados como Programas Assistenciais conforme portaria do CPPII ( vide anexo II).

As unidades hospitalares tem as seguintes características:

- Unidade Hospitalar Gustavo Riedel. Atualmente essa unidade funciona como Pensão Protegida masculina e feminina e enfermaria para pacientes moradores<sup>29</sup>. Tem um total de 43 leitos.

---

<sup>28</sup> Duas unidades hospitalares se encontram desativadas (Unidade Hospitalar Odilon Galotti e o Hospital de Neuro-Psiquiatria Infantil).

<sup>29</sup> O termo se refere a pacientes de longa permanência no hospital sem vínculos familiares

- Unidade Hospitalar Professor Adauto Botelho. Oferece a assistência em internação a pacientes adultos agudos e a moradores. Existe também o ambulatório para acompanhamento de egressos da internação e para pacientes com dependência química. A unidade conta com 154 leitos.

- Unidade Hospitalar Médico-Cirúrgica. Nessa unidade estão localizados o Pronto Socorro Psiquiátrico (PSP), a Enfermaria de Crise, o Ambulatório Clínico Enfermaria de Clínica Médica (intercorrências clínicas) e serviços de apoio diagnóstico (Radiologia, Análises Clínicas, Endoscopia Digestiva). A unidade conta com 10 leitos de clínica médica, 30 leitos na Enfermaria de Crise e 08 leitos de observação no PSP.

- Unidade Hospitalar Vicente Resende. Atendimento de crianças e adolescentes em ambulatório e internação integral ( de 13 a 17 anos). São 40 leitos, sendo 20 leitos masculinos e 20 leitos femininos.

No atendimento a pacientes externos, além dos Programas Assistenciais, o CPPII conta com um ambulatório denominado de Ambulatório Central de Adultos (ACA). O ACA atende pacientes adultos moradores na sub-área da AP-III-2, com diversas patologias mentais, em consultas individuais ou em grupo. As consultas são dentro de um modelo tradicional, de acordo com a especialidade e a categoria de cada profissional.

Incluindo a Casa d'Engenho, atualmente existe no CPPII quatro serviços em funcionamento, denominados de Programas Assistenciais<sup>30</sup>, com as seguintes características:

- Espaço Aberto Ao Tempo (EAT). Funciona nos moldes de um CAPS. Sua clientela é formada de pacientes que passaram pela experiência de internação e tem como objetivo a reabilitação psicossocial da clientela, evitando possíveis reinternações.

“O EAT oferece-se como lugar de acolhimento e acompanhamento amplo da clientela (psicóticos) em sua experiência

---

<sup>30</sup> Em função de ser o objeto estudo desse trabalho, a Casa d'Engenho não está citada aqui, pois existe um capítulo específico sobre o serviço.

com a loucura. Exercita permanentemente a organização do cotidiano com vistas a construção de um espaço primordial de relação, suporte integral na busca de novas possibilidades de vida”. (CPPII, 1997, p. 08)

Este serviço surgiu a partir de um trabalho dentro de uma enfermaria masculina na UHGR. Transformou-se em uma enfermaria aberta (EPA - Enfermaria de Portas Abertas) e após conquistar um espaço maior no térreo da UHGR, a equipe se organizou de maneira que o serviço pudesse ter as características de um CAPS.

- Programa de Assistência Interdisciplinar à Criança Autista e Psicótica (PAICAP). Funciona como um Serviço de Atenção Diária para crianças e adolescentes com quadro de autismo ou psicose. Iniciou suas atividades no final do ano de 1996, mas ainda se encontra em fase de implantação.

- Centro Comunitário. O objetivo do Centro Comunitário é poder integrar a assistência aos pacientes com a comunidade, possibilitando uma desmistificação da doença mental na sociedade e do louco como um desviante social.

O Centro Comunitário comporta diversas atividades oferecidas para a população ou abriga através de parcerias, organizações da comunidade: Projeto Feiras. Projeto Vidas, República de Passárgada, Brinquedoteca, Oficina de Artes, Oficina Desportiva, Clube da Terceira Idade, Posto da Delegacia Regional do Trabalho, Casa de Acolhida para Menores - CEMASI Gonzaguinha/Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, Clube Escolar, Núcleo de Artes. O Centro Comunitário utiliza parte do prédio da Unidade Hospitalar Odilon Galotti.

Diferentemente dos outros programas ou unidades, existe ainda o Museu de Imagens do Inconsciente (MII), que funciona como um centro de estudos e pesquisa. Tem como objetivo principal a compreensão da esquizofrenia através das imagens e símbolos produzidos pelos clientes em ateliers de expressão criativa livre. Fundado há 50 anos pela Dra. Nise da Silveira, o MII se diferencia dos serviços em funcionamento no CPPII, por ser um local único no mundo, com um acervo de mais de 300 mil obras.

A existência do CPPII é marcada por três momentos históricos:

- Na sua criação, quando surge como Colônia, cujas propostas relacionavam a atividades agrícolas como modelo de “recuperação”, mas na verdade seu objetivo era de criar uma “sensação de liberdade” em um espaço vigiado.

- Em um segundo momento, quando são transferidos os pacientes do antigo Hospício Nacional. A instituição toma as feições de um macro-hospital, um grande manicômio, tornando-se herdeiro do antigo Hospício Nacional de Alienados.

- A partir de 1981, quando o discurso crítico ao modelo manicomial passa a ser predominante. Nesse período, as transformações que ocorreram até o final da década de 80, foram medidas administrativas, como redução de leitos, melhoria na qualidade da hotelaria, adequação dos recursos, obras de reformas e reequipamento dos serviços. No início da década de 90 se inicia efetivamente um processo de transformação do antigo modelo asilar com a constituição de serviços com proposta de desmonte da cultura manicomial, como a Casa d’Engenho, o Espaço Aberto ao Tempo, Centro Comunitário e mais recentemente o PAICAP.

## **2.10 - O Panorama Político da Reforma Psiquiátrica.**

Como pôde ser visto, a partir do início da década de 80, ocorreram mudanças nos discursos institucionais, no âmbito das instituições públicas de saúde mental, principalmente a nível federal e especificamente, no Centro Psiquiátrico Pedro II.

O Brasil passava por um processo de redemocratização de suas instituições, com o restabelecimento da participação popular, em diversos setores.

A violência oficial, instrumento da repressão política, começou a perder as suas forças, repercutindo em diversas instâncias onde se encontrava

presente. No campo da saúde mental, as denúncias trouxeram à tona a discussão das práticas violentas e repressivas nas instituições psiquiátricas.

A nova Constituição, elaborada e aprovada em 1988, continha propostas avançadas de reforma sanitária. Em 1990 foi aprovada a nova Lei Orgânica de Saúde, que direcionou os rumos para a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 1992, realizou-se a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, em Brasília, com a participação de 1000 delegados, sendo que 20% eram usuários de saúde mental, indicados em mais de cem conferências municipais e estaduais (Schechtman, 1996).

Em 1994 foi constituída a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica, com presença de entidades de familiares e usuários, conselhos profissionais da área de saúde, prestadores de serviços públicos e privados e gestores de saúde, responsável pela política nacional de saúde mental (Schechtman, 1996).

Em junho de 1996 foi elaborada recomendações do 1º Grupo de Trabalho dos Diretores de Saúde Mental dos Ministérios da Saúde da América Latina e da Reunião de Avaliação da Iniciativa para a Restruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina (Panamá, 10 a 14 de junho de 1996) onde, entre vários pontos, constou a recomendação de oferta, acessibilidade e utilização de opções assistenciais alternativas à hospitalização psiquiátrica, orientadas a facilitar que o primeiro contato de saúde fosse com os serviços gerais e não com o hospital psiquiátrico, e a adequação do apoio financeiro aos serviços psiquiátricos comunitários.

A mudança nos discursos oficiais veio, durante a década de 90, se transformando, não apenas no âmbito nacional, mas corroborado por recomendações e declarações de países latino-americanos, através de órgãos internacionais.



A Reforma Psiquiátrica Brasileira propõe a substituição ao modelo psiquiátrico predominante, visto como excludente e produtor de diversas formas de alienação e cronificação.

Com a redemocratização das instituições, a maior participação da sociedade civil nas discussões dos temas nacionais, as práticas psiquiátricas existentes começaram a ficar em evidência, em função de suas contradições e inoperabilidade como formas de recuperação de pessoas portadoras de doença mental, identificadas com os mecanismos repressivos de controle social e político. Sobre esse tema, Boldstein (1997) afirma:

“ O sentido democrático dos direitos modernos repousa na reinvenção de novos espaços e de novos atores, ou seja, na fluidez e na pluralidade inerentes ao conflito moderno. Dessa forma, os direitos sociais pressupõem o reconhecimento e a legitimidade da fala e da opinião de sujeitos que se conformam justamente nos movimentos de reivindicação por novos direitos.

De igual modo, o processo da democracia para outras esferas de vida e para diversos aspectos da sociedade civil pressupõe ação coletiva e intervenção estatal de novo tipo. Trata-se de um novo processo de coletivização e da necessidade de enfrentamento pelo Estado moderno da questão social, através do fortalecimento de suas funções redistributivas, de equidade e de justiça social.” (1997, p.191)

O movimento de reforma psiquiátrico surgiu a partir dos Movimentos dos Trabalhadores de Saúde Mental, no final da década 70 e tornou-se discurso oficial na década de 90, incorporado pelo Estado. Mas no âmbito da micropolítica, todos os embates que ainda vem ocorrendo no campo das idéias e das práticas apontam para um caminho de mudanças onde surgem novas questões relacionadas ao enfrentamento do cotidiano, na lida diária com os usuários e familiares.

### **2.11 - A Emergência da Crise. O Pronto Socorro.**

Desde 1982, apesar de todas as tentativas de transformação da assistência, havia um local onde as dificuldades de mudanças eram mais marcantes. O Pronto Socorro Psiquiátrico (PSP) sempre foi visto por profissionais de outros setores do CPPII como local de “privilégios”, “onde as pessoas trabalhavam pouco”, “onde se burlavam os horários de trabalho”. Por outro lado, os funcionários do PSP sempre se sentiam desprestigiados, sobrecarregados, “incompreendidos”.

A violência sempre esteve presente no seu cotidiano, justificados por alguns como uma presença comum no quadro clínico dos pacientes e por outros pelo despreparo dos funcionários que buscavam uma “satisfação sádica” através da agressão aos pacientes, vista como necessária para conter a crise. Sem esvaziar essas duas suposições, a “Instituição Pronto Socorro” era e continua sendo violenta em sua própria natureza, da forma como se organiza.

Na verdade o Pronto Socorro sempre foi visto como um local de resistências e dificuldades, principalmente pelo tipo de clientela atendida que, além dos aspectos psicopatológicos, apresentam problemas sócio-econômicos graves. Esse local, visto como “problemático” e “resistente”, foi onde se iniciou o trabalho que veio contemplar a proposta de criação da Casa d’Engenho.

Até 1992 o PSP funcionava como uma unidade hospitalar do CPPII<sup>31</sup>. A direção era diretamente ligada à direção geral, sendo uma das unidades hospitalares no organograma do CPPII. Atualmente este serviço está localizado no andar térreo da Unidade Hospitalar Médico-Cirúrgica (UHMC), subordinado à direção desta Unidade.

---

<sup>31</sup> Esta denominava-se Unidade Hospitalar Braule Pinto (UHPB/PSP), cuja direção era subordinada à direção geral do CPPII.

Em 1989 foi elaborado um projeto para a criação de um Serviço de Emergência Geral onde a Emergência Psiquiátrica estaria integrada. Foram feitas reformas no andar térreo da Unidade Hospitalar Médico-Cirúrgica, mas o funcionamento da Emergência Geral como se havia imaginado para começar a funcionar a partir de 1992, não se concretizou e permaneceu existindo apenas o serviço de psiquiatria naquele local.

Em março de 1989, se iniciou um trabalho de reestruturação do serviço, voltado primordialmente para a melhoria da qualidade da assistência prestada com os recursos que eram disponíveis.

De acordo com as rotinas de funcionamento do CPPII, O PSP deveria prestar o primeiro atendimento em saúde mental à população da região (AP-III)<sup>32</sup>. O posterior encaminhamento para a continuação do tratamento eram feitos para locais tais como ambulatório, internação em clínicas conveniadas, internação em unidades do CPPII ou nas enfermarias de curta permanência do PSP; a Enfermaria de Crise (tempo médio de permanência de 72 horas ) e a Enfermaria de Observação (tempo médio de permanência de 24 horas ), que após um período de permanência poderiam receber alta ou encaminhados para outros locais de internação.

Nesta época o Pronto Socorro Psiquiátrico se dividia em três espaços: A Porta de Entrada, a Enfermaria de Observação e a Enfermaria de Crise.

- Porta de Entrada: composta pela Recepção, Pronto Atendimento (médico, enfermagem e serviço social). Primeiramente o paciente era atendido pelo médico e sendo necessário, este encaminharia a família à assistente social para alguma orientação ou encaminhamento. Era nessa avaliação que se decidiam sobre o encaminhamento para internação ou para os ambulatórios.

- Enfermaria de Observação: o primeiro local onde o paciente ficava quando era internado. O tempo médio de permanência era de 24 (vinte e

---

<sup>32</sup> O município do Rio de Janeiro é regionalizado em 5 (cinco) áreas de referência (áreas de planejamento - APs) para a assistência em saúde. O CPPII é Pólo de Referência da AP-III no atendimento em emergências e internações psiquiátricas.

quatro) horas. Os pacientes eram acompanhados pelo médico de plantão e ficavam em um local contíguo a porta de entrada. Consistia de 20 (vinte) leitos, sendo uma enfermaria masculina de 8 (oito) leitos, uma enfermaria feminina de 8 (oito) leitos e uma enfermaria para casos de alcoolismo, com algumas adequações para estes casos (ar condicionado, luminosidade menor, etc.), com 4 (quatro) leitos.

- Enfermaria de Crise: consistia de duas enfermarias de 20 (vinte) leitos cada (masculina e feminina), com tempo médio de permanência de 72 (setenta e duas) horas. Os pacientes eram oriundos do Pronto Atendimento, e após um período de permanência, poderiam receber alta, ou serem encaminhados para outras unidades hospitalares do CPPII.

A preocupação inicial foi a de criar condições para que a Enfermaria de Crise pudesse funcionar como “lugar de tratamento”, e não como lugar apenas de “triagem”. Em geral o que ocorria era que os pacientes internados nas enfermarias do PSP apenas aguardavam a possibilidade de, havendo vaga em outro hospital, serem transferidos.

Inicia-se um trabalho de reestruturação da equipe, o restabelecimento das rotinas técnicas e administrativas e a melhoria do espaço físico e na acomodação dos pacientes. A equipe técnica foi acrescida de mais profissionais, ampliando a carga horária dos médicos assistentes e, até durante um certo período, havia um médico-assistente atendendo nos finais de semana (a avaliação dos pacientes nas enfermarias, nos fins de semana, era normalmente feita pelo médico plantonista).

Com as rotinas sendo estabelecidas, reuniões administrativas, supervisões clínicas e da equipe técnica, começou a acontecer uma transformação na paisagem da enfermaria. Houve uma diminuição do número de intercorrências por “agitação psicomotora” dos pacientes internados. O trabalho com estagiários de diversas categorias profissionais possibilitou que os pacientes pudessem expressar seus conflitos através de outras formas e não apenas pela via motora. Ocorreu assim, um aumento do número de altas

hospitalares e conseqüentemente uma diminuição dos encaminhamentos para as unidades de internação (do CPPII e das clínicas conveniadas).<sup>33</sup>

Era obrigatório que qualquer paciente só seria encaminhado para as clínicas conveniadas em caso de não haver nenhum leito disponível nas unidades de internação do CPPII. Esses encaminhamentos também foram dificultados com a adoção de medidas tais como o preenchimento de formulários de ingresso no PSP e para a transferência, guias de internações (AIH) em separado para cada internação nas enfermarias e nas clínicas conveniadas. Quando os pacientes eram transferidos para as unidades de internação próprias do CPPII, não havia necessidade de se emitir nova Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Assim o médico que iria fazer a internação, optava para os encaminhamentos que lhes dessem menos trabalho burocrático. Apenas com essas pequenas medidas foi possível provocar uma queda no número de internações.

Tanto na Porta de Entrada como na Enfermaria de Crise, um dos aspectos que chamava a atenção dos técnicos era a clientela de primeira internação. Em todos os casos onde o paciente era internado pela primeira vez, havia um grau maior de ansiedade provocada pela situação, quando comparados com os pacientes de várias internações, que obviamente ocorria por conta da situação nova vivenciada pelo aprisionamento, pela separação do seu meio social e familiar além das situações de violências sofridas. Primeiramente procurou-se abreviar o período de internação no PSP, evitando encaminhamentos para outras unidades hospitalares e buscando que os pacientes pudessem ser atendidos o mais breve possível no ambulatório.

Viu-se que tal estratégia não dava muito certo. Primeiramente porque a família também vivia uma situação de “crise” e não haviam recursos possíveis para dar o suporte necessário a essa situação. Segundo, porque muitas vezes o período de internação curta não propiciava uma remissão efetiva no quadro sintomatológico que permitisse que o mesmo prescindisse de uma

---

<sup>33</sup> A ponto de um diretor de uma destas clínicas conveniadas procurar a direção do CPPII para expressar sua “preocupação” com relação a diminuição da demanda de internação.

maior continência à sua crise. Terceiro, porque a internação, mesmo sendo de curta duração, aumentava o nível de ansiedade do paciente e também dificultava a sua aceitação do tratamento e, por muitas vezes, a família também não aceitava.

Então, com certa experiência acumulada, diante dos problemas apresentados pensou-se como poderia enfrentar a situação e apresentar soluções e respostas satisfatórias para essas questões.

## **2.12 - O Levantamento**

Deu-se início à elaboração de um projeto específico para o atendimento a clientela de primeira vez, com o objetivo principal de impedir que esses novos pacientes ingressassem em uma carreira de institucionalização psiquiátrica, através das diversas internações, que em geral culminava com a sua exclusão do meio social, produto do isolamento proporcionado pelo modelo vigente de tratamento. Como forma de criar subsídios para esse projeto assistencial, foi feito um estudo das condições em que os pacientes eram internados no PSP (Jorge, 1991).

Escolheu-se o mês de abril de 1990 como um mês típico, pois o número de internações ocorridas, em geral, é próximo da média anual e nesse período não havia feriados ou qualquer festividades que pudessem interferir nas estatísticas. Através do estudo de 415 prontuários, viu-se que 261 (62,9%) referiam-se a casos de reinternação e 154 (37,1%) a casos de primeira vez no hospital ou na história de vida do paciente .

Com relação ao dados de primeira internação e reinternação relacionados com o estado civil, observou-se que 70% dos solteiros internados no PSP eram casos de reinternação. Esse índice caía para 53,4% de casados eram casos de reinternação.

Entre vários dados levantados, constatou-se que 78,3% das internações efetuadas naquele período, o paciente vinha acompanhado de familiares, o que não significava que as outras 21,7% das internações eram

de pessoas indigentes ou sem vínculos familiares. Muitas vezes os pacientes eram transferidos por ambulância, Corpo de Bombeiros ou viatura policial e a família ficava impossibilitada de acompanhá-los naquele momento. Esses dados são importantes porque constatavam a presença da família na busca de ajuda que os serviços de saúde mental podiam oferecer. Por muitas vezes, pensa-se no paciente psiquiátrico como um indivíduo descolado de qualquer vínculo parental, onde as condições de abandono são proporcionados pelo “desinteresse” ou dificuldades da família em acolhê-lo. Pensa-se, que na verdade, a família captura o discurso da internação e o reproduz quando procura o hospital, não mais em busca de ajuda, mas já solicitando a internação. Sobre esse tema, Roberto Machado (1979), referindo-se aos trabalhos de Michel Foucault, afirma:

“Todo ponto de exercício de poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber. É assim que o hospital não é apenas local de cura, ‘máquina de curar’, mas também instrumento de produção, acúmulo e transmissão do saber. Do mesmo modo que a escola está na origem da pedagogia, a prisão da criminologia, o hospício da psiquiatria.” (Machado, 1984, p. XXII)

Pensou-se na possibilidade da oferta de um tipo de assistência que pudesse impedir o ingresso do paciente de primeira vez no circuito de internações, que a família “aprendia “ a solicitar toda vez em que ocorria uma situação crítica.

A Casa d’Engenho busca, então, essas fissuras, os pontos de falhas, onde possa ser possível as transformações nos discursos institucionais, “ensinando” à família um discurso que possa ser diverso do discurso dominante.

## CAPÍTULO 3

### A CASA D'ENGENHO

#### 3.1 - Proposta de uma nova Assistência.

“Quem és tu, oh Casa,  
Que me chamas e acolhes?  
Que aceitas minhas dores e delírios”<sup>34</sup>

A idéia da CASA D'ENGENHO, enquanto um serviço de atendimento diferenciado a indivíduos que estejam vivenciando quadro agudo de psicose ou neurose grave, como primeiro surto, ou seja, que não tenham passagem anterior pelos circuitos de internação manicomial, funciona como um Serviço

---

<sup>34</sup> As epígrafes deste capítulo foram retiradas de uma poesia composta na Oficina Literária pelos pacientes presentes (vide anexo V).



de Atenção Diária, que tem como um dos objetivos principais servir de possibilidade de substituição à internação, atendendo uma clientela que provavelmente estaria internada, em função do quadro clínico, e que seria essa a indicação, dentro de uma visão tradicional. A presença e a participação da família, tanto no processo de adoecimento como na demanda de assistência tem importância primordial quando se pensa que a “crise” é vivenciada por todos os seus membros, mas que a intervenção tradicional é apenas no sujeito da família localizado como o paciente.

No início de funcionamento da Casa, a estruturação do trabalho se deu primeiramente, criando-se uma grade de horários das atividades que se dividiam em Grupos terapêuticos, Oficinas Terapêuticas, e Atendimentos individuais. Em cada dia, havia um técnico responsável, denominado de Coordenador do Dia, que era responsável em resolver qualquer intercorrência, e fazer as avaliações para o ingresso de novos pacientes.

## **A Equipe**

A equipe foi se constituindo por profissionais que se identificavam com a proposta de trabalho da Casa, a partir de uma idéia compartilhada e um desejo de produção e transformação de uma prática criticada.

Obviamente, o trabalho exige do profissional, implicando em um envolvimento, não apenas de seus conhecimentos, mas dos aspectos pessoais, sua história, seus anseios, seus medos, etc. A equipe vive em permanente movimento e mudanças, em função de todos os acontecimentos que ocorrem no cotidiano. Por conta disso, ela necessita estar permanentemente revendo seus parâmetros, repensando suas práticas, e redesenhando suas estratégias. A Casa opera em uma permanente mutação, não apenas pela circulação de pessoas, mas necessidade de estar permanentemente mudando suas estratégias. Assim, as atividades podem ser criadas, modificadas ou substituídas.

Todo paciente da Casa era referido a um técnico, chamado de Técnico de Referência. Este técnico era responsável pelos atendimentos individuais do paciente. A prática mostrou que essa forma de organização não funcionava bem. Primeiramente, a escolha do técnico de referência era predeterminada pela equipe em função de um rodízio. Ocorria que, tanto profissionais quanto os pacientes não obedeciam a essa “escala”, pois durante a permanência do paciente na casa, estabelecia-se laços afetivos com diversos profissionais, de forma diferente e em tempos diferentes. Na verdade o paciente criava vínculos com o coletivo da Casa, onde se incluem não apenas os técnicos, mas a equipe de apoio e os outros pacientes. Dessa forma tornava-se inadequado qualquer atendimento individual predeterminado. Atualmente podem ocorrer “conversas” individuais a partir de um pedido do paciente a determinada pessoa da equipe.

Outro ponto superado foi o Grupo Terapêutico, entendendo que todo grupo, atividade, oficina, etc., tinha função terapêutica, e não se podia valorizar um espaço onde o discurso verbal era privilegiado.

### **3.2 - A Construção da Casa**

“Engenho, grande Engenho.  
Quem te criou para me tirar da loucura  
E aproveitar minha juventude tão saudável?”

Não era suficiente ter um projeto de trabalho. Era necessário um local adequado, sem as características dos espaços “frios” do hospital. Esse local desejado era uma casa que estava fechada há um ano e que antes funcionava o Serviço de Manutenção do hospital e em um quarto dos fundos morava um funcionário.

A casa havia sido construída na década de 40 para ser a moradia do administrador do Centro Psiquiátrico Nacional, mas nos últimos anos era ocupada por parte do Setor de Manutenção do hospital, onde se faziam consertos de ventiladores, rolamentos, camas, etc.

A casa se encontrava bastante danificada e deteriorada pelo abandono, com infiltrações, instalações elétricas precárias e pisos danificados. A reforma foi feita por funcionários do Setor de Manutenção do próprio hospital, que durou quatro meses. Durante esse período, foi feita a relação do material permanente adquirido pelo CPPII, como mesas, cadeiras, armários, geladeira, fogão, ou seja, tudo o que é necessário em uma casa.

### 3.3 - A proposta inicial

“Um espaço onde se pode  
Planejar o tempo todo.”

Foi elaborada uma proposta, apresentada e aprovada na Reunião dos Diretores do CPPII, no dia 21 de agosto de 1990, chamada de Proposta para Implantação do Centro Intermediário de Atenção à Crise - CIAC. (Vide Anexo I)

Inicialmente, o serviço tinha sua denominação através da sigla CIAC, mas em conversas com alguns colegas, surgiu o nome CASA D'ENGENHO, em homenagem ao bairro do Engenho de Dentro, onde está localizado o CPPII. A população das redondezas do hospital se refere ao hospital como Hospital do Engenho de Dentro, apesar de nunca ter tido essa denominação anteriormente. A definição de Engenho, o termo tendo origem do latim *ingeniu* (referente a mente, as idéias), significa “faculdade inventiva” segundo o dicionário (Ferreira, 1975).

Esta primeira casa onde se iniciaram as atividades conta de dois pavimentos:

### **Térreo**

Existe uma pequena varanda na entrada e um hall com escada de acesso para o 2º andar e o acesso às salas do térreo.

3 salas que são utilizadas como consultórios, ou para atividades das oficinas, grupos, reuniões com família, etc.

1 refeitório.

1 cozinha.

1 quarto com armários para guardar os pertences dos pacientes e uma cama.

2 banheiros.

1 varanda nos fundos.

Quintal com árvores e um fogão de lenha.

### **2º Andar**

1 sala para atividades de pintura e desenho.

1 sala para atividades de jornal, telejornal, ou para quem quiser utilizar uma mesa para ler ou escrever.

1 sala para guardar o material de consumo.

1 sala da equipe, onde se guardam os prontuários, faz-se anotações, reúne-se a equipe, etc.

1 varanda.

Com o tempo a casa começou a não comportar todas as atividades, pois se pretendia desenvolver um trabalho com argila e marcenaria e não havia um local adequado. Existia um pequeno espaço, como um pequeno galpão em frente a primeira casa, que não estava tendo nenhuma utilidade para o hospital, apenas com algumas sucatas guardadas. Foi feita uma solicitação à Direção Geral para a incorporação daquele espaço, e em 1992 foi inaugurada e batizada de “CABINE 103” em homenagem à música de Sérgio Sampaio, que fala do hospício e das condições da internação. Na verdade nunca existiu nenhum local no CPPII com a denominação de

“Cabine 103”. Com a inauguração passou a existir, só que ao invés de ser um local de internação, como na música, passou a ser um atelier de modelagem e marcenaria, criando assim um novo significado simbólico do nome, representando todo ideal de transformação do espaço asilar.

#### QUE LOUCURA

“Fui internado ontem  
 Na cabine cento e três  
 Do hospício do engenho de dentro  
 Só comigo tinham dez  
 Estou doente do peito  
 Estou doente do coração  
 A minha cama  
 Já virou leito  
 Disseram que eu perdi a razão  
 Estou maluco da idéia  
 Guiando o carro na contramão  
 Saí do palco fui p’rá platéia  
 Saí do quarto fui p’ro porão.”

*Sérgio Sampaio*

Em 1994 a Casa d’Engenho ganhou mais espaço, incorporando uma segunda casa<sup>35</sup> ao lado que foi desocupada. A casa tem os seguintes cômodos:

- 1 salão para reuniões grandes, festas e oficinas.
- 1 sala da administração.
- 1 sala do computador (rede do hospital).
- 1 sala grande para reuniões de equipe, supervisões e atendimentos de família.
- 1 cozinha.

---

<sup>35</sup> Esta casa foi construída na mesma época que a primeira e tinha como objetivo servir de residência para as estudantes de enfermagem que residiam no hospital, vindo de outros estados do Brasil.

2 consultórios.

1 banheiro.

### 3.4 - A Formação da Equipe Inicial.

“Que perguntas sobre a minha loucura  
E ajudas a tirar de dentro de mim  
O fardo que tanto pesa”

O hospital apresentava deficiências na composição do pessoal para a assistência. Isso poderia criar uma dificuldade em arremeter profissionais que partilhassem da idéia e do desejo nesse trabalho, criando impedimentos na liberação do pessoal de outros setores.

A equipe inicial foi formada por 1 psicóloga, 1 médica, 1 socióloga. Havia ainda 2 psicólogas, 1 médica e 1 terapeuta ocupacional com carga horária de 8 horas semanais<sup>36</sup>. A coordenação era acumulada pela direção do PSP e a administradora do PSP também acumulava a administração da Casa. Havia duas funcionárias da copa e um porteiro na equipe de apoio. O número total de estagiários era de 8 nas áreas de psicologia, terapia ocupacional e educação física.

No início do trabalho, durante 6 meses, tivemos a participação como supervisor, de forma voluntária, do Prof. Jurandir Freire Costa, que nos auxiliou bastante na montagem do trabalho.

A Casa começou suas atividades no dia 4 de março de 1991, e nesse mesmo dia chegou o primeiro paciente encaminhado do PSP. A expectativa da equipe era um receio de não servir de “continente” para a loucura da clientela que começava a chegar. Os primeiros debates foram acerca da possibilidade de se reduzir o número de 20 vagas para 15 vagas, pois a equipe não se sentia capaz de, em um espaço aberto, atender a um número

---

<sup>36</sup> Isso foi possível em função de ter, na época, sido obrigatório o cumprimento da carga horária integral. As 8 horas semanais eram relativas ao período de folga existente, onde aqueles profissionais puderam então complementar a carga horária na Casa d'Engenho.

grande de casos agudos. A experiência mostrou o contrário. Na verdade, veio à tona todas as dificuldades de alguns técnicos em lidar com situações imprevisíveis, onde na verdade o que mais ameaçava era ter que abrir mão da proteção que a profissão dava ao invés de se mostrar como pessoa, com história, sentimentos, medos, anseios, ou seja, as suas próprias loucuras.

O ano de 1991 foi um ano de ajustes e acomodações, onde a proposta da Casa pôde se firmar e a equipe se reacomodar com o ingresso e saídas de alguns profissionais.

### **3.5 - A Admissão dos Pacientes na Casa**

“Esta é a Casa d’Engenho  
É a calma e a loucura  
É entrada e saída”

Normalmente os pacientes vem encaminhados pela Triagem e Recepção Integrada Multiprofissional (TRIM), Pronto Atendimento Médico do PSP, Ambulatório ou Enfermaria de Crise. Podem chegar com encaminhamentos de outros serviços externos como ambulatórios ou consultórios particulares. Ocorre também do próprio paciente procurar atendimento através da indicação de outro, que frequenta ou já frequentou a Casa.

O serviço que vem atualmente encaminhando o maior número de pacientes é a TRIM, seguida do Pronto Atendimento Médico do PSP. Até o ano de 1995, um profissional da Casa percorria diariamente pela manhã a Enfermaria de Observação do PSP e a Enfermaria de Crise. Havendo algum paciente com indicação para o tratamento na Casa, eram levados para lá, sendo feito contato com familiares, e caso fosse possível, recebiam alta hospitalar e continuavam sendo acompanhados diariamente na Casa. Isso criou alguns problemas, pois alguns profissionais daquelas unidades alegavam interferência no acompanhamento dos pacientes. Atualmente a

Enfermaria de Crise encaminha os pacientes para a Casa apenas após receber a alta hospitalar, o que cria um retrocesso na proposta da Casa de diminuir ou substituir a internação.

Quando se chega para o atendimento de admissão na Casa d'Engenho, o paciente vem sempre acompanhado<sup>37</sup> por familiares, amigos ou vizinhos. A primeira entrevista sempre é feita por um técnico juntamente com outro membro da equipe, que pode ser um estagiário. Não existe uma escala ou uma determinação prévia de quem irá fazer a entrevista. Isso ocorre mais em função da disponibilidade interna do técnico e de disponibilidade de tempo para fazer a entrevista de admissão. Em um consultório, os técnicos conversam com todas as pessoas em conjunto. Depois desse primeiro momento, pode ser feita uma conversa apenas com a presença do paciente. Depois da entrevista, e sendo o paciente admitido na Casa, todos são levados para uma visita e uma apresentação às pessoas presentes nos locais visitados. Em geral, o paciente pode ficar nesse dia frequentando as atividades, ou retornar no próximo dia. Sempre é esclarecido sobre a frequência diária do paciente na Casa. São raros os casos em que surge dificuldades no comparecimento diário, quase sempre em função de dificuldades financeiras. Durante um período, a instituição adquiria vales-transporte, que eram distribuídos aos pacientes com mais dificuldades. Infelizmente isso deixou de ser possível desde 1994. É marcada com a família uma entrevista inicial com um dos técnicos que faz o atendimento de família.

### **Critérios de Admissão.**

Existem alguns critérios necessários para a admissão do paciente.

- Ser morador na área de referência do CPPII (AP-III). Muitas vezes o paciente é admitido apesar de não residir na AP-III. Leva-se mais em consideração a necessidade do tratamento.

---

<sup>37</sup> Foram raras as vezes em que um paciente tenha vindo procurar atendimento desacompanhado.



- Não ter história de internação anterior. Esse critério também pode ser flexível quando ocorre uma internação curta ou que não tenha criado uma “cultura de internação”<sup>38</sup>.
- Apresentar quadro agudo de transtornos psicóticos ou neuróticos graves.
- Ter 18 anos ou mais.
- São excluídos os quadros onde exista organicidade (transtornos psicóticos orgânicos, quadros demenciais, oligofrenias, etc.).
- Pacientes com história atual de drogadicção ou alcoolismo não são admitidos para tratamento, a não ser que não sejam determinantes no quadro agudo apresentado.
- Aceitação do tratamento pelo paciente e familiares.

### 3.6 - Descrição das Atividades da Casa d’Engenho

“É aceitação  
É onde nos tratamos  
É bonita, limpa e  
cheirosa”

Sendo um modelo que se propõe substitutivo à internação, a Casa d’Engenho funciona diariamente, exceto nos sábados<sup>39</sup>, domingos e feriados. No período de 8 às 17 horas, são desenvolvidas uma diversidade de atividades, todas de forma coletiva, onde se busca uma participação ativa do paciente e familiares no processo terapêutico. Nos dispositivos grupais, procura-se, através das diversas inter-relações que se estabelecem entre os

---

<sup>38</sup> Obviamente esse critério é bastante subjetivo e cabe ao entrevistador decidir no momento de avaliação.

<sup>39</sup> No ano de 1997 iniciou uma atividade aos sábados, o Clube de Lazer, integrado com diversos setores do CPPII

membros que compõem a Casa, que as situações de crise possam ser resgatadas como experiência.

Atualmente existem vinte e quatro (24) atividades coletivas desenvolvidas durante a semana. Busca-se nos dispositivos grupais, através das atividades e do convívio, uma maior integração do indivíduo com outras pessoas que frequentam a Casa, e nas vivências uma maior compreensão das situações de crise.

### **Grupo Bom Dia**

Como o próprio nome diz, é o grupo de chegada e abertura da Casa. A idéia dessa atividade surgiu com a necessidade de marcar o momento em que começam as atividades na Casa. Viu-se também que era necessário um momento em que se acompanhasse a administração dos medicamentos, pois muitas vezes quando é o próprio paciente ou a família que administra a medicação, ocorre de forma confusa, sem regularidade, uso de medicações trocadas, etc. Outro aspecto eram as constantes solicitações de encaminhamentos para os atendimentos clínicos ou odontológicos. Resolveu-se que o espaço para se falar sobre isso era nesse grupo, pois assim o paciente poderia ser encaminhado logo pela manhã. Nesse primeiro encontro também são apresentadas as pessoas que chegam à Casa pela primeira vez. O aspecto mais importante do grupo Bom Dia é marcar o início de funcionamento da Casa, assim criando uma certa conscientização da distribuição do tempo ao longo de todo o dia. Essa atividade é desenvolvida por estagiários, com uma duração média de 30 a 45 minutos, diariamente.

## **Grupo Operativo**

Apesar do nome, não se prende exclusivamente às técnicas de grupo operativo preconizadas por Pichon Riviere<sup>40</sup>. Obviamente, como todo grupo, os aspectos relativos aos manejos técnicos descritos por esse autor são levados em conta nessa atividade.

Seu objetivo inicial é debater com a clientela como foi o fim de semana, por isso, esse grupo funciona nas manhãs de segunda feira. O fato de priorizar a comunicação verbal como forma de expressão no grupo é a sua característica principal.

## **Oficina Teatro de Fantoche**

Uma das características dessa oficina é a forma como ela se estrutura. Existe uma sequência de atividades diferentes durante todo o seu desenvolvimento. A proposta de trabalho da oficina é de organizar, a partir de diversos encontros semanais, uma apresentação de um teatro de fantoches. O primeiro passo na oficina é o preparo de uma massa de papel maché, feita a partir de jornais picados, dissolvidos e misturados com água e farinha. Essa atividade pode durar algumas reuniões. A partir daí, são confeccionados os bonecos, de acordo com o desejo e a imaginação de cada membro. Cada um escolhe individualmente o nome, a história e as características do seu boneco confeccionado.

Inicia-se a criação de uma estória que possa integrar os diversos personagens. Com a estória criada e depois de alguns ensaios<sup>41</sup>, organiza-se a apresentação, com a confecção do cenário, a escolha das músicas, e marca-se uma data para a apresentação, que em geral ocorre com uma festividade.

---

<sup>40</sup> Segundo o autor, Grupo Operativo se caracteriza por estar centrado de forma explícita, em uma tarefa que pode ser o aprendizado, a cura, o diagnóstico de dificuldades, etc., permitindo não só sua compreensão mas também sua execução.(apud Saidon, 1982)

O que caracteriza essa atividade é a possibilidade de se utilizar diversos recursos tais como a modelagem, pintura, costura, criação de estória, música, etc., de forma integrada e cadenciada.

### **Grupo Momentos**

Essa oficina teve início quando se percebeu que havia uma demanda dos pacientes em querer saber e discutir os critérios de pré-alta e alta na Casa. Os critérios de encaminhamentos, sendo avaliados apenas pela equipe, deixavam os pacientes sem poder participar de forma ativa dessa avaliação, o que contrariava a proposta do trabalho. Assim foi criado o Grupo Momentos para possibilitar uma discussão sobre o “momento” de cada um, como estão se sentindo, as expectativas de alta, os medos, etc. As opiniões levantadas nesse grupo são então avaliadas quando a equipe discute os encaminhamentos, valorizando também os desejos ou temores dos pacientes, não apenas os aspectos técnicos.

### **Oficina de Multiplicação Dramática**

Essa atividade tem esse nome a partir de um trabalho desenvolvido Pavlovsky e Kesselman<sup>42</sup>. Utiliza-se técnicas de dramatização e outros recursos grupais aliados às idéias de Guattari e Deleuze.

Para que exista a multiplicação dramática, são necessárias:  
(Kesselman e Pavlovsky, 1991, 19)

- A cena de um protagonista. É a primeira cena que surge a partir de uma lembrança surgida a partir de situações ocorridas no grupo e relatada por um dos participantes. É apresentada no grupo com auxílio de outros participantes interpretando os personagens presentes na cena.

---

<sup>41</sup> Esse ensaio é apenas uma forma de dar um fechamento no grupo, pois nesse trabalho privilegia-se as situações de improviso e espontaneidade nas apresentações.

<sup>42</sup> Os dois autores publicaram um livro sobre suas experiências denominado “A Multiplicação Dramática” Ed. Hucitec, 1991.

- As improvisações que cada integrante do grupo realizará em forma de cenas pelo efeito de ressonância que a cena inicial produz para cada integrante.

Segundo os autores, na multiplicação, as cenas vão se sucedendo e vai se criando no grupo um estado criativo facilitador. Estado espontâneo e criativo do grupo.

A sucessão de situações não explicáveis ou a compreensão das mesmas não são tão importantes quanto as possibilidades que permitem ao grupo experimentar as cenas espontaneamente. As multiplicações sempre se produzem sobre um estado criativo do grupo, possibilitador da criatividade individual. Entende-se o “terapêutico” dessa forma, diferente da técnica psicanalítica, onde há a necessidade da associação livre para que o “terapêutico” se produza. Nesse grupo busca-se através das diversas multiplicações, possibilitar esse “atravessamento” do indivíduo no grupo.

### **Oficina Brincar e Criar**

Seu objetivo principal é desenvolver atividades lúdicas utilizando recursos como escrita, jogos, músicas, material de sucatas, etc. O grupo busca através de brincadeiras e de jogos ser um momento de descontração e diversão. Funciona com regularidade semanal.

### **Oficina Universidade Aberta**

Seu objetivo é de discutir temas de interesse ligados à atualidade. Situações políticas, fatos sociais ou religiosos que estão sendo debatidos na mídia de uma maneira em geral. A idéia é de integrar as pessoas nas discussões coletivas, sociais, abrindo com isso um interesse maior do que acontece no mundo. Funciona semanalmente.

### **Oficina de Jornal**

Os pacientes reúnem-se semanalmente como objetivo de elaborar um jornal escrito. Nesses encontros surgem temas ligados às vivências de cada um e o jornal tem um significado de integrar, e a partir de uma publicação, tornar uma produção coletiva. Um membro da equipe da Casa que tem formação em jornalismo ajuda na organização dos aspectos específicos na confecção de um jornal, como a distribuição dos assuntos, diagramação, etc.

### **Oficina de Telejornal**

Essa oficina funciona de forma semelhante a do jornal, apenas o produto final é um programa filmado em vídeo, que apesar do nome, não precisa ser necessariamente um telejornal mas qualquer programa televisivo, como um capítulo de novela, programa de humor, etc. Os encontros são semanais para a preparação dos textos ou os ensaios, e é marcado um dia para as gravações e outro para a exibição, que pode ser em algum evento, festa, etc.

### **Oficina Literária**

São apresentadas pelos participantes, poesias, contos, ensaios, etc. As produções podem ser dos próprios pacientes de forma individual ou coletivas, ou de outros autores. Nos encontros semanais, os trabalhos escolhidos são lidos e debatidos. Essa atividade desperta atenção e participação ativa dos pacientes, pois muitos deles passam a desenvolver interesse na leitura e na produção de trabalhos escritos.

### **Oficina Culinária**

Nessa atividade é combinado anteriormente que uma pessoa irá trazer uma receita para ser produzida de forma coletiva. Depois de confeccionado o

alimento, é servido para todas as pessoas da Casa no horário do lanche. A Oficina Culinária funciona semanalmente no horário do Grupos de Medicação com os outros pacientes que não estão participando daquele grupo.

### **Grupo de Medicação**

Assim como todas as atividades da Casa, o acompanhamento, prescrição e discussão sobre os benefícios e possíveis efeitos adversos que surgem com o uso da medicação, também ocorre em grupo.

O objetivo primordial do Grupo de Medicação é de possibilitar ao paciente discutir o uso de medicamentos psicotrópicos como uma das estratégias possíveis no seu processo terapêutico. A medicação tem seu papel importante na diminuição dos sintomas, facilitando a integração nas atividades da Casa. O que se pretende é que a medicação não possa ser vista de forma diferenciada das outras estratégias de tratamento.

Até onde se sabe, é uma experiência nova, já que não se encontrou outras referências de trabalho semelhante na forma ou nos objetivos.

Quando se fala em doença, há uma tendência natural de valorizar os procedimentos médicos (isso ocorre tanto com a clientela quanto com os técnicos). Busca-se nos grupos, diluir essa importância, colocando o uso dos psicofármacos como mais um recurso possível, que também pode não ser necessário em algumas situações.

As queixas que surgem sobre os efeitos colaterais dos psicotrópicos, não restringe o médico a dar uma resposta automática, modificando a prescrição. Durante o grupo, ocorrem situações disparadoras de debates que levantam outros aspectos da vida de cada indivíduo, proporcionando trocas entre as pessoas.

Os sintomas, e posteriormente os efeitos colaterais que surgem com os medicamentos, fazem parte das experiências de cada um e não podem ser vistos como um recorte em suas vidas, apenas ligados aos efeitos

produzidos ou dependentes de determinada dosagem prescrita. Ao sentir um efeito adverso de um determinado remédio, o indivíduo produz uma representação que se integra nas vivências de cada um e isso que deve ser valorizado nesse trabalho.

Existe dois horários semanais do Grupo de Medicação e os pacientes são então distribuídos nesses dois grupos. Funciona concomitantemente com as Oficinas Culinárias.

### **Grupo de Artes**

É uma atividade livre onde se desenvolvem atividades de desenho, pintura no papel, pintura em tecido, pintura em tela. Em geral, as pessoas que frequentam a Casa tiveram poucas ou nenhuma oportunidade em suas vidas de se expressarem através de desenho ou pintura, principalmente a pintura em tela. O objetivo dessa atividade é de proporcionar formas de expressão não verbais, cujo produto final seja um trabalho artístico. Surgiram algumas pessoas que a partir daí desenvolveram interesses na pintura e foram procurar cursos para se aperfeiçoar. Alguns já participaram de exposições.

### **Oficina de Contos de Fada**

A oficina tem frequência semanal. A partir da leitura de um conto de fada contado por uma pessoa do grupo, inicia-se uma discussão de como cada um compreendeu a estória e os significados que representam para a pessoa. A partir da teoria de C. G. Jung, pressupõe-se que os contos de fadas tenham significados na produção coletiva do inconsciente.

### **Oficina do Cotidiano**

Reunião semanal que tem como objetivo discutir questões ligadas a assuntos do cotidiano de cada um. Os temas podem ser relatos trazidos por



alguma das pessoas do grupo, ou assuntos de interesse coletivo obtidos através de jornais ou noticiários da televisão. Surgem temas ligados a vida urbana, violência, costumes, fatos políticos, etc. Trabalha-se a relação desses assuntos com o cotidiano de cada um.

### **Oficina de Música**

A Oficina de Música tem frequência semanal. Utiliza-se o recurso da música e da dança como forma de integração e expressão do grupo. As músicas são escolhidas previamente pelos pacientes. O grupo canta e dança e em um segundo momento busca-se que se expressem como se sentiram no grupo e o que aquela música pode ter significado para cada uma das pessoas.

### **Oficina de Higiene**

Atividade semanal que tem o objetivo de conscientizar os pacientes sobre a importância dos hábitos de higiene. Com o adoecimento, muitos pacientes perdem a noção de higiene, relaxam nos seus cuidados pessoais. A oficina também tem uma função pedagógica, ensinando e esclarecendo sobre a higiene como forma de preservação da saúde e a prevenção de algumas doenças.

### **Oficina de Máscaras**

Com a utilização de material como papel, cola, barbante, tintas, etc., cada participante do grupo confecciona uma máscara. A máscara é colocada pela pessoa, e diante de um espelho e com os membros do grupo busca expressar o que sente usando a máscara ou incorporando a “persona” representada pela máscara.

### **Clube da Esperança**

Nessa atividade semanal podem participar os pacientes da Casa, do GAE, ou outros ex-pacientes, familiares e simpatizantes com o trabalho. O objetivo é criar uma organização que possa funcionar de forma auto-gestiva que além de promover passeios, festas, discuta também temas ligados a questões relativa aos novos modelos, de forma que os usuários e familiares também possam ter participação ativa nos processos de transformação e preservação da qualidade da assistência.

### **Horta e Jardinagem**

É uma atividade livre, sem horário predeterminado para acontecer. Alguns pacientes tem bastante interesse no cultivo de plantas nos jardins a volta da Casa, ou nas hortas, onde podem produzir algumas verduras que são preparadas e consumidas na Casa.

### **Educação Física**

São atividades livres, onde programam-se jogos, torneios entre as pessoas da Casa ou de outros setores do hospital. Os que despertam mais interesse são o futebol, vôlei e o tênis de mesa. Algumas vezes são organizados passeios em alguns locais onde poderão desenvolver alguma atividade esportiva, como por exemplo, ida à praia para jogar futebol.

### **Passeios**

São organizados no Clube da Esperança, quando é um passeio com a presença de familiares, ex-pacientes, simpatizantes, etc. Combinam o local do passeio, lanche, formas de transporte, etc. Em geral a duração do passeio é um dia inteiro.

Os passeios organizados no Grupo Operativo tem a presença dos pacientes que estão frequentando a Casa diariamente. Ocorre quinzenalmente, nas manhãs de sexta-feira. Infelizmente, quando depende-se de condução do hospital o número de participantes fica bastante restrito pelo fato de o hospital apenas poder fornecer um veículo para o transporte.

### **Oficina de Estamparia**

Atividade livre cujo objetivo é a estamparia em tecidos, especialmente camisetas. São escolhidas frases de efeito, em geral sobre temas ligados a vivências na Casa. As camisetas são vendidas e o dinheiro arrecadado é usado nos passeios.

### **Oficina do Corpo**

A atividade utiliza recursos de expressão corporal, relaxamentos, etc. Busca dar compreensão como a pessoa utiliza seu corpo para se expressar, e como o corpo reflete os sentimentos e vice-versa.

### **Grupo Boa Tarde**

É a última atividade de um dia na Casa d'Engenho. Funciona de maneira semelhante ao Grupo Bom Dia. Seu objetivo é discutir como foi o dia e organizar o retorno para casa; quem deve aguardar algum parente para levá-lo, que vai só ou acompanhado por outros pacientes e quem vai retornar à Enfermaria de Crise pois ainda necessita permanecer em um espaço de internação<sup>43</sup>. É administrada a medicação oral da tarde para alguns pacientes antes do retorno para casa. Esse grupo é o fechamento do dia na Casa.

---

<sup>43</sup> Essa questão é discutida em outro tópico do trabalho.

## **Assembléia Geral**

As assembléias ocorrem eventualmente, geralmente em datas comemorativas, como o aniversário da Casa ou final de ano. Participam dessas atividades todas as pessoas envolvidas no trabalho, ou pessoas convidadas. O objetivo maior tem sido de confraternização, avaliação do funcionamento do serviço, ou quando existe algum assunto importante de interesse do coletivo.

### **3.7 - O Acompanhamento das famílias**

“Casa,  
Valoriza a relação entre as pessoas  
Escuta a loucura  
Entra e sai geração”.

O modelo de instituição aberta, em confronto com o modelo asilar, permite a participação ativa de todas as pessoas envolvidas na situação, e se estabelecem novas relações nos procedimentos e no acolhimento.

Nesta situação, a família entra em cena com um papel importante no processo terapêutico. Não é mais da forma estabelecida pela Antipsiquiatria (Laing, 1966), onde a família era reprodutora dos processos de alienação impostos pela sociedade.

A família vivencia todo sofrimento presente em um de seus membros. A crise desorganiza o sistema familiar e denuncia a perda de vigência do equilíbrio anterior. A família costuma resistir a situação de mudança e busca recuperar sua organização habitual. Para a família, vivenciar uma crise não é necessário apenas que um de seus membros tenha uma crise psíquica. Qualquer situação que quebre a “homeostase” da família, é vivida como crítica. Nesses casos podem-se incluir o nascimento de um novo membro, a morte, o casamento, a adolescência, as saídas de casa, o adultério, etc. Assim, dentro dessa visão, a crise não se localiza apenas na pessoa

identificada como paciente, mas também nas relações estabelecidas dentro da instituição formada. Entende-se como família não apenas as pessoas que estabelecem relações de parentesco a partir da consanguinidade. O sistema familiar, para o nosso trabalho, deve ser ampliado, abarcando todas as pessoas que participam de um intercâmbio, em um sistema psicossocial, e que estejam envolvidas, de alguma forma, no processo de adoecimento da pessoa identificada como paciente.

Explicitando diferenças entre classes e formas de organizações sociais, a família também não é socialmente homogênea. Com padrões internos, as famílias de diferentes classes se diferenciam, assim como dentro de uma mesma classe social.

Na Casa d'Engenho, a família participa de uma reunião semanal de familiares ou pode ocorrer o atendimento nuclear, quando o caso necessita. Muitos familiares participam do Clube da Esperança, das Assembléias Gerais da Casa d'Engenho e festas.

### **Atendimento da família nuclear**

Esse atendimento consiste no acompanhamento dos membros de uma determinada família (com o paciente incluído). Essa indicação se dá quando o paciente inicia o tratamento na Casa d'Engenho ou quando a situação de crise é muito intensa que não permite que a família possa participar de um grupo maior onde se partilhe de situações diversas. Nesse caso, os familiares não teriam condições de trocar experiências com outros familiares, encontrando-se sem condições, ainda, de refletir sobre suas crises. Conforme as avaliações constantes, a família pode ingressar em um grupo de familiares.

## **Grupo de Familiares**

Existem três grupos de familiares na Casa d'Engenho. Os grupos reúnem-se semanalmente com a participação dos membros de determinadas famílias. O objetivo do grupo é propiciar a discussão entre os participantes, criando trocas e debatendo sobre as diversas situações vividas pelas pessoas. Quinzenalmente participam apenas os familiares sem a presença dos pacientes. Mesmo após a alta do paciente da Casa d'Engenho, a participação nos grupos de familiares só é encerrada com a deliberação dos familiares. Existem familiares que permanecem participando nos grupos por períodos prolongados, mesmo após o paciente já ter sido encaminhado para outro serviço.

### **3.8 - A Crise e a Internação do Paciente da Casa d'Engenho.**

Como foi dito anteriormente, a Casa d'Engenho busca ser um modelo substitutivo à internação. Procura-se, ao acolher um paciente neste serviço, que o mesmo prescindia da internação como local de enfrentamento com a loucura.

Ocorrem situações onde o paciente se encontra em uma condição tal que a família não consegue dar continência ao seu estado disruptivo. Isso depende das condições do paciente e da família. As situações limites vivenciadas por um indivíduo em seu meio (familiar, social, de trabalho, etc.) determinam a definição da crise, assumindo suas características que a torna objeto de interesse do setor de saúde mental.

A possibilidade de uma ajuda do aparato psiquiátrico muitas vezes é demandada pela rede social. Em geral, o indivíduo não procura voluntariamente o auxílio psiquiátrico. São seus parentes ou amigos que apesar de estarem participando do sofrimento vivido pela situação, localizam apenas em uma pessoa a necessidade da intervenção.

Essa representação da crise, produzida pela instituição psiquiátrica e reconhecida pela rede social e familiar, busca transformar o limite do sofrimento, do distúrbio, da periculosidade social, do peso das relações familiares ou do trabalho e da diversidade de comportamentos em sintomas psiquiátricos, devidamente definidos e enquadrados em diagnósticos com prescrições e procedimentos específicos.

Nesse momento disruptivo, onde há uma quebra da “homeostase” das relações, torna-se necessário buscar o resgate da crise como experiência (e não sua explicação), integrada na história do indivíduo e seus pares, através dos múltiplos momentos de contato que o serviço pode oferecer. O serviço deve empregar possibilidades e continência, onde a crise possa ser vivenciada. A família também deve participar deste processo, tanto como local de “dissolução” ou continência da crise vivenciada por seu membro identificado como paciente.

Existem situações onde a família se encontra em um nível de desestruturação e de sofrimento, que não consegue cumprir o seu papel como aliado da equipe. Nesses casos, o paciente necessita de um acolhimento integral. A solução provisória encontrada para servir de resposta a essas situações, foi a possibilidade do paciente, após o horário de funcionamento da Casa d’Engenho, permanecer na Enfermaria de Crise. Essa medida se dá pelo fato da Casa não funcionar no período noturno, apesar de haver essa proposta de funcionamento. A Casa d’Engenho ainda não possui essa possibilidade de estratégia desenvolvida por sua equipe em espaço próprio, sendo necessário recorrer à Enfermaria de Crise, como vimos anteriormente.

Na experiência ao longo desses anos, constatou-se que todas as situações onde foi necessário utilizar-se deste recurso, não foram apenas determinadas pelo quadro clínico, mas principalmente, pela impossibilidade da família dar sustentação para a ruptura dos nexos de sociabilidade do paciente. Assim, reconhece-se mais uma vez, que o determinante da internação psiquiátrica não é o quadro clínico apresentado pelo paciente, e sim todas as circunstâncias que envolve a situação crítica.

A hospitalidade noturna é necessária em algumas situações, quando a estrutura familiar não se encontra em condições de proporcionar o acolhimento à crise identificada no paciente.

A experiência tem mostrado que o encaminhamento à Enfermaria de Crise não se dá em função unicamente do agravamento do quadro clínico ou o grau de agitação do paciente, mas sim em função da estrutura familiar ter condições de acolher a crise no período diurno, após a finalização das atividades da Casa.

Infelizmente ainda existem dificuldades no entendimento e no entrosamento entre as equipes, o que prejudica enormemente o trabalho, havendo uma descontinuidade nos procedimentos. Outra questão presente nessas situações é que o paciente aceita com bastante dificuldade em permanecer na Enfermaria de Crise

### **3.9 - Grupo de Apoio a Egressos (GAE)**

Quando o paciente recebe sua alta na Casa d'Engenho, em geral é encaminhado para a continuação de tratamento em outros serviços, que quase sempre são ambulatoriais próximos à residência do paciente ou o ambulatório do CPPII.

Existem alguns profissionais do Ambulatório Central de Adultos que tem interesse em receber os pacientes da Casa. Isso tem ajudado no encaminhamento, inclusive existindo grupos terapêuticos com pacientes egressos da Casa. Mas o ambulatório não tem condições de absorver toda a demanda de egressos, obrigando ao encaminhamento para outros serviços externos.

Acontecia que os pacientes não davam continuidade ao tratamento, sendo em geral consultas médicas, onde se avaliavam apenas a prescrição medicamentosa, com intervalo de dois meses, no mínimo, entre as consultas, e duração de poucos minutos de atendimento. Essa situação era bastante diversa do que ocorria no período em que o paciente se encontrava em



tratamento na Casa d'Engenho. Tal situação ocasionava um número muito grande de abandono de tratamento, após a alta na Casa. Pensou-se assim na criação de grupos para pacientes que não pudessem ser acompanhados pelo Ambulatório Central de Adultos (ACA) do CPPII.

Obviamente a criação do GAE não se limita apenas ao congestionamento do ACA, mas a ampliação do acompanhamento da clientela que demanda esse tipo de procedimentos, ampliando as possibilidades de ofertas de acolhimento na Casa d'Engenho.

### **3.10 - Descrição De Um Caso**

O relato do caso tem como objetivo fazer com que, através da descrição das situações vivenciadas pelo paciente e pelos técnicos durante toda trajetória na Casa d'Engenho, propicie uma maior compreensão de como são elaboradas as estratégias no trabalho cotidiano. Talvez possa haver questões quanto ao melhor procedimento que poderia ser adotado em cada situação, mas com certeza absoluta, todas as medidas tomadas nas situações ocorridas foram com o objetivo de oferecer melhores condições do paciente poder enfrentar as situações conflitivas e de sofrimento.

Em julho de 1992, **Rita** nos chegou trazida pela tia de uma amiga e seu pai. Disseram que Rita começou a apresentar mudanças no seu comportamento; não dormia bem `a noite, não se alimentava, ficava rindo sozinha sem nenhum motivo aparente. Seu pai associou a morte de sua esposa ao início dos sintomas

Rita contou que quando tinha quatro anos foi estuprada e que desde aquela época “ficou acumulando” e que “explodiu agora”. Disse que começou a ficar “cismada com coisas”. Pensava que poderiam tê-la filmado tendo relações sexuais com um rapaz para produzirem um filme pornográfico.

Rita é a mais velha de três irmãs. Perdeu um irmão com 11 anos (Rita tinha 10 anos) que, ao correr atrás de uma pipa na rua, foi atropelado por um carro.

Há um ano, sua mãe faleceu, fato que aparentemente foi elaborado por Rita, apesar de ter que assumir diversas atribuições dela. O pai não se conformava com a morte de sua esposa e sofreu muito com sua perda.

Rita era levada diariamente à Casa d'Engenho com certa dificuldade. Não aceitava o tratamento, queixava-se da medicação, dizendo que não se sentia bem tomando aqueles remédios, que a deixavam “dura” e andando como um “Robot”. Essa situação durou duas semanas. Depois disso Rita não voltou mais à Casa d'Engenho. Após duas semanas sem aparecer, a tia da amiga procurou o serviço pedindo para que aguardasse uma tentativa dela de dissuadir a Rita a retomar a frequência da Casa. Tal tentativa foi infrutífera, pois não houve o retorno de Rita.

Depois de aguardarmos por mais 12 dias, recebemos um telefonema de uma vizinha dizendo que Rita não se encontrava bem. Não se alimentava há dias, descuidando-se da higiene pessoal, ficando quase todo o tempo deitada.

Decidimos que era necessário ver como a Rita se encontrava, e duas pessoas da equipe se dispuseram a ir à sua casa.

Ao chegarem lá, além da situação de pobreza em que viviam, encontraram Rita deitada na cama, sem se alimentar e sem tomar banho há dias. Em um primeiro momento, Rita negou toda situação presente, recusando as sugestões da equipe, mas depois concordou em ir para a Casa d'Engenho e passar as noites na Enfermaria de Crise. Ao chegar na Casa, aceitou alimentação e tomou um banho, mas ao final do expediente da Casa quando foi encaminhada à enfermaria, Rita ficou agitada, agressiva com as pessoas, tendo sido medicada e sedada.

A paciente permaneceu alguns dias dormindo na Enfermaria de Crise, mas após o retorno para sua casa, não continuou a frequentar a Casa d'Engenho. A equipe procurou entrar em contato com Rita, mas recebeu o recado que se sentia bem e que não queria continuar o tratamento.

Para surpresa, em março de 1993, Rita aparece na Casa procurando ajuda. Contou que estava tendo “visões do diabo” e que não conseguia dormir à noite. Demonstrou desejo em retomar o tratamento.

O fracasso que a equipe sentiu diante do abandono do tratamento apesar de todos os esforços se diluiu com a procura espontânea. Pensou-se que apesar de todo interesse em ajudá-la, o fato da Rita ter permanecido na enfermaria, por indicação da equipe (apesar dela ter concordado em um primeiro momento), teria criado uma reação adversa e de ressentimento, perdendo toda a vinculação positiva que havia sido estabelecida no início. Mas essa vinculação positiva não foi perdida. Rita precisava de um tempo para poder perceber que sentia o bom acolhimento da equipe e que naquele lugar poderia ser possível encontrar ajuda para enfrentar os seus “fantasmas”. Rita frequentou a Casa por três meses, sendo encaminhada para tratamento em ambulatório. A paciente sempre se queixou dos efeitos colaterais da medicação; dizia que a medicação a deixava “dura”, movimentando com certa dificuldade. Iniciamos o uso de um novo medicamento, que com uma dosagem menor evitaram os efeitos colaterais indesejáveis que Rita tanto se queixava. Isso ajudou bastante, pois uma das coisas que Rita falava era da aparência que apresentavam as pessoas que tomavam medicação psiquiátrica.

**Depoimento de Rita, em 16/05/96, na Assembléia da Casa d'Engenho.  
Comemoração de 5 anos de criação do Serviço.**

“Há quase cinco anos atrás, eu fui acolhida pela Casa d'Engenho.

Conheci pessoas maravilhosas, apesar de no começo, eu não poder reconhecer o valor das pessoas, pelo que eu sentia, eu estava fora

da realidade, não fazia mais parte da sociedade. Eu não conseguia comer direito, não conseguia dormir, não conseguia tomar banho. Eu estava limitada, não conseguia fazer as coisas sozinha. Não conseguia pensar, tinha muita insônia, não conseguia dormir. O pouco que eu dormia, eu tinha pesadelos, eu via monstros, ouvia vozes.

Parte da minha infância foi totalmente deturpada nos meus delírios. Eu tinha a impressão que estava vivendo em um inferno. Eu queria acordar, mas sozinha eu não iria conseguir.

Uma vez eu estava falando no **Gae**<sup>44</sup> que há dois momentos: A Rita louca, que não consegue conviver com as pessoas, que tem medo de andar na rua, que rasgava as roupas. Destruí mais da metade das minhas roupas, principalmente as mais bonitas. Eu olhava assim e... - 'Não quero mais!' Eu rasgava tudo. Isso há quase cinco anos atrás. Agora eu me vejo e eu vejo o que ficou de experiência. Não vou dizer que faz parte do passado, porque esse passado ainda existe no presente. Eu acho que serve de exemplo. Quando nós melhorarmos não vamos dizer:- 'Faz parte do passado', e esquecer. Tudo bem! Vamos tentar superar, mas que esse passado sirva de exemplo para o nosso presente. Que a gente continue com a medicação, que a gente tem que ter força de vontade e aprender a se conhecer melhor, a lidar com a nossas emoções.

Eu acreditava que não podia mais me aborrecer. Eu me aborreço em situações do trabalho. Tem pontos que eu discordo. Hoje eu tenho liberdade para discutir. Eu convivo com o público. Eu sou demonstradora, promotora, faço degustação, então estou sempre em contato com o público e as vezes o público não nos trata como deveria tratar. Aí a gente se irrita um pouco, mas eu aprendi a lidar mais comigo. Antigamente eu tinha medo de me impor, até discutir, pois se discutisse poderiam achar que eu estou mais louca ainda. Hoje eu tenho liberdade da até discutir. Claro que sem desequilíbrio. Colocar em

---

<sup>44</sup> Grupo de Apoio a Egressos, onde atualmente a paciente está sendo acompanhada.

pauta, lutar pelos nossos ideais. Uma coisa: a gente não deve se sentir inferior, pois não temos toda uma vida pela frente. Não é porque nós tivemos uma doença, né?, que vamos nos sentir inferiores. Nós somos capazes de estudar, de trabalhar, de namorar.

Retornar à vida sentir prazer de ter amigos, sabe? Nós precisamos disso. Nós precisamos conviver com o ser humano.

Desde o tempo de escola, o que eu aprendi sobre cidadania, eu aprendi que eu tenho necessidade de conviver com outras pessoas, mas para que isso aconteça, nós temos que conviver permanentemente com a gente, saber nos conhecer melhor, porque cada pessoa parece que é um universo diferente.

As vezes olhar para as pessoas me faz pensar que eu me sinto uma ilha.

Aprender a conviver com as pessoas, respeitá-las...Eu pensei isso...Esse tratamento volta à realidade. Agora eu posso fechar os olhos<sup>45</sup> e ver que minha mente está limpa, sem aquelas vozes, aquela sensação de inferno. Eu não sei como é o inferno, mas o inferno deve ser parecido com a loucura, porque a loucura é uma sensação muito ruim.

Então eu não tenho mais isso. Eu vivo em paz comigo. Essa sensação de paz eu devo graças a Casa d'Engenho. Foram eles que me deram oportunidade de me redescobrir. Eu agradeço a eles. Só isso que eu tenho a dizer”.

A paz, tão citada pela Rita, significa para ela poder falar e ser entendida e reconhecida como uma pessoa que sente, vive, pensa, sem ser permanente “monitorada” pelos aparatos familiar e psiquiátrico. A importância de estar inserida no mercado de trabalho e ter uma função que a faz se sentir reconhecida, é primordial para o que pode-se chamar de “processo terapêutico”.

---

<sup>45</sup> Nesse momento ela cerra seus olhos.

## CAPÍTULO 4

### DISCUSSÃO FINAL

#### 4.1 - Serviço de Atenção Diária e a Nova Clínica

O conceito de hospital-dia surgiu no Canadá em 1946 com a finalidade de permitir a alta precoce dos pacientes hospitalizados (Furtado, 1994).

Em 1948, Bierer descreve o hospital-dia, na Inglaterra, como sendo:

“Um lugar onde uma tentativa é feita para tornar utilizável, na medida do possível, todo o tipo de tratamento intramuro, juntamente com as vantagens desfrutadas pelos pacientes extra-muro.”(apud, Furtado, 1994, p. 17)

A concepção de hospital-dia, assim exposta, afirma a visão de um espaço intermediário entre a internação e o mundo externo ao manicômio. A diferença estaria no fato do hospital-dia ser menos repressor, pois os pacientes poderiam “desfrutar” das vantagens da condição de extra-muro.

O conceito de hospital-dia denota a condição espacial de sua existência. Primeiramente, na origem do termo, quando foi criado para definir um local possível para pacientes que poderiam ali ser recebidos após a sua alta hospitalar. Segundo, quando se define como um espaço de intermediação entre a internação e a sociedade. O hospital-dia seria uma extensão do hospital no meio social, ou seja, um hospital mas de forma mais “atenuada”, menos violento e os pacientes também (menos doentes e menos violentos). Existe uma linearidade ligando os dois estabelecimentos, estando as diferenças existentes apenas no fato de ser mais aberto, menos repressor, mais ou menos desumano, etc. Seria a imagem de um “*hospício de portas abertas*”. Outros termos que são sinônimos: semi-internação, hospitalização parcial, hospital semi-aberto, etc., reforçam a condição do hospital como centro de referência.

Em 1995, no I Encontro dos Serviços de Atenção Diária do Rio de Janeiro, organizado pelo Instituto de Psiquiatria, Centro Psiquiátrico Pedro II, Instituto Dr. Philippe Pinel e a UERJ, foi criado o termo Serviço de Atenção Diária que pudesse englobar em uma única definição todos os serviços existentes, cujo aspecto em comum era atender uma clientela externa diferenciada tanto do hospital como do ambulatório, servindo de modelos substitutivos ao manicômio. Esse termo busca englobar os serviços denominados Hospital-Dia, Centro de Atenção Psicossocial, Núcleo de Atenção Psicossocial ou Oficinas Terapêuticas, segundo as definições estabelecidas pela Portaria nº 224/92 do Ministério da Saúde (vide Anexo IV).

O que marca a diferença nos conceitos é a possibilidade de mudança na predominância do vetor espaço pelo vetor tempo. A atenção diária se diferencia de um hospital que apenas funciona diuturnamente, não valoriza o espaço determinado, ou predeterminado, mas os procedimentos e as relações que se estabelecem com os usuários.

Quando se fala nos novos serviços, leva conseqüentemente a se pensar em uma nova clínica. Não há dúvidas que, obviamente, ela deve se diferenciar da clínica de um modelo tradicional. A questão está em se pensar em que bases essa nova clínica se estrutura e quais os conceitos por ela utilizados.

O primeiro ponto a ser levantado é quando se lida com o sujeito, não mais um sujeito portador de uma “doença” pré-definida e preestabelecida pelos conhecimentos clínicos, que a partir do diagnóstico já se sabe de antemão tudo (ou quase tudo) que irá ocorrer com ele e sua doença.

Pensa-se no sujeito como sujeito da relação, onde o que é para ser visto e priorizado são as relações que se estabelecem no coletivo (na família, no trabalho, no lazer, etc.). Dessa forma, desfoca-se a questão do sujeito, e conseqüentemente seu corpo biológico ou sua história pregressa, e passa-se a priorizar as diversas redes de relações que se estabelecem.



Assim, o que se torna importante neste trabalho deixa de ser a síntese dos discursos sobre a psicose, mas sim a restauração das possibilidades em traçar estratégias possíveis para restabelecer a capacidade normativa sobre suas vidas.

Sobre esse aspecto Kesselman (1989) diz:

“Em geral os integrantes dos grupos têm a crença de que contar intimidades no grupo é a melhor forma de superar os problemas em grupo: vou lhes contar o que passou em minha infância, etc., quando meu irmão mais velho, etc., minha mãe dizia a meu pai, etc. etc. (o íntimo).

Contudo o mais transformador para alguém que realiza uma experiência grupal é ter consciência de seu nível de afetação e ressonância com integrantes do grupo. Por isso se conhece alguém mais por sua maneira de mover-se, de escutar, de olhar, de opinar, de calar-se, de prestar atenção, etc. Do que nos conta de sua privacidade pessoal. Na vida dá-se o mesmo.

Não é pelo relato de suas intimidades que se conhece as pessoas, mas pela forma singular e diferente de reagir frente a acontecimentos diários.” (Kesselman, 1989, p. 53)

Surge um ponto importante quando se levantam esses aspectos do trabalho: a questão da especificidade e da profissionalidade. O que está em jogo não é mais a legalidade das ações de intervenções terapêuticas; se são ou não terapêuticos certos procedimentos, já que não estão previamente classificados dentro de parâmetros de alguma disciplina científica. Se o ato terapêutico deveria, ou não, estar relacionado a um determinado profissional, que tivesse uma determinada formação que o habilitaria a praticar determinada ação previamente e cientificamente prevista.

No trabalho cotidiano, tenta-se romper com esses aspectos, onde o que surgem são reações burocratizadas externas à equipe e acusações de

“desvio de função” dos funcionários que participam das atividades vistas como “específicas” de determinadas categorias profissionais.

Não se pensa em uma negação dos conhecimentos científicos existentes, mas que neste tipo de prática, essa discussão torna-se secundária, visto que o que se reconhece como terapêutico é todo o processo de convívio e as relações que se estabelecem e se multiplicam.

Este tema não está totalmente esgotado pelos diversos autores<sup>46</sup> que lidam com esse assunto, assim as explanações vistas até agora, passam a ser considerações ainda provisórias.

Os diversos dispositivos<sup>47</sup> grupais são espaços onde são possíveis proporcionar a ocorrência desses acontecimentos, que se dão ao acaso.

Dessa forma é possível surgir uma *nova clínica* que se diferencie da clínica tradicional, calcada no modelo médico e hospitalocêntrico. Uma clínica que valorize as relações que se estabelecem, produzindo nexos de sociabilidade. Entende-se como nexos de sociabilidade as possibilidades que o indivíduo tem de conectar, interconectar e produzir multiplicações dessas conexões de relações entre indivíduos de um coletivo.

Tem-se usado o termo Reabilitação Psicossocial para definir um determinado modelo de práticas empregadas nos novos serviços, que começou a existir no Brasil.

Segundo a International Association of Psychosocial Rehabilitation Services, 1985, citado por Ana Pitta (1996), a definição clássica seria:

“O processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade ... O processo enfatizaria as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma

---

<sup>46</sup> Para melhor aprofundar estas questões, ver os artigos de Benedetto Saraceno e de Benilton Bezerra, in “Reabilitação Psicossocial no Brasil”. Ed. Hucitec. São Paulo.

<sup>47</sup> Segundo Baremlitt (1994), Dispositivo ou Agenciamento “é uma montagem ou artifício produtor de inovações que gera acontecimentos, atualiza virtualidades e inventa o Novo Radical”.

abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados a demandas singulares de cada indivíduo e cada situação de modo personalizado”.

Qualquer tentativa de avaliação da qualidade dos serviços que se propõem a seguir a proposta acima terá que necessariamente desenvolver novos indicadores acrescidos aos utilizados nos modelos tradicionais, como remissão dos sintomas, altas, número de internações, diagnóstico, etc., ou seja, indicadores baseados no modelo médico e hospitalar.

Ainda não existem instrumentos precisos para o estudo da factibilidade dos procedimentos. Seria preciso, primeiramente, criar métodos de avaliação que possam refletir o mais fielmente possível a prática, através da avaliação de conceitos bastante complexos como autonomia, qualidade de vida, etc.

Essa discussão ainda merece ser aprofundada, pois ainda não está totalmente esgotada e não há consenso quanto as formas de quantificar e avaliar a qualidade dos novos serviços. Já existem pesquisas em andamento em São Paulo (Ana Pitta) e no Rio de Janeiro (IP-UFRJ) buscando elaborar uma nova metodologia de avaliação.

## **4.2 - Loucura e espaço urbano**

Sabemos que nas sociedades atuais, com as tendências globalizantes e tecnologizadas, a topografia das cidades tem mudado de aspecto. Nesses cenários presentes não existem mais os limites espaciais bem demarcados nas grandes metrópoles. Na antigüidade, as cidades se definiam pelo seus muros, seus pórticos. O que estava intra-muros era o “urbano” e o extra-muros, a periferia, o “sub-urbano”. A opacidade do muro definia seus limites. Do interior poderia visualizar e controlar o exterior, mas o mesmo não ocorria no inverso.

Nas grandes metrópoles atuais não existe mais a necessidade da opacidade dos muros. Cada vez mais as construções se tornam transparentes, com seus vidros e acrílicos. Os lugares de passagem da

cidade não são mais os portões, mas sim, limites imanentes de permanente fluxo, com pedágios, os bancos, os supermercados, etc.

Paul Virilio (1993), um dos mais originais analistas da sociedade tecnologicizada em que vivemos, ou que pelo menos vem sendo apontada para nós, diz:

”Com os meios de comunicação instantânea (satélites, TV, cabos de fibra ótica, Internet, telemática...) a chegada suplanta a partida: tudo ‘chega’ sem que seja preciso partir. Realmente, se ainda ontem a aglomeração urbana opunha uma população ‘intra-muros’ a uma população exterior, atualmente a concentração metropolitana apenas opõe seus moradores no tempo”. (1993, p. 11)

Realmente o que se visualiza hoje é a dominância do vetor tempo em relação ao vetor espaço na vida das grandes cidades. Nos tempos modernos, o urbano é o tempo de trabalho onde cada um é reconhecido pelo trabalho que desempenha, e o que seria a periferia da cidade, é o desemprego, por exemplo.

Assim sendo, em uma incessante corrida contra o tempo, a cidade atual, por um lado abolindo a opacidade concreta dos muros e pórticos em sua substituição pela comunicação imediata, perde o contato face a face dos indivíduos.

Essa solidão urbana onde as formas de comunicação se dão através de telas de computador, televisão ou linhas telefônicas, por um lado derruba limites espaciais, por outro, retira o convívio próximo das pessoas.

A transparência da cidade têm, em contrapartida, a opacidade das telecomunicações. O muro se torna invisível (ou transparente) , se perpetua nas relações dos indivíduos através das máquinas. Nesse ponto, é como se os limites impostos e concretos que definiam os espaços urbanos, essa opacidade que diferenciava o “intra” do “extra”, o cidadão (residente na cidade) do vilão (residente nas vilas da periferia) , se perpetua em sua forma mais sutil de opacidade, através das interfaces homem/máquina.

De que maneira essa exposição sobre organização urbana, desenvolvimento tecnológico, informática, tempo, espaço, etc., pode contribuir para se pensar as questões dos serviços onde se trabalha e se busca desenvolver?

Talvez como um exercício de delírio, se procura traçar um paralelo entre a organização urbana antiga e a que se vê delineando na atualidade, com os manicômios e os serviços de atenção diária.

O manicômio, assim como as cidades com seus muros, procura definir completamente seus espaços. A loucura passa a ser delimitada por seus muros, criando assim uma opacidade dupla - quem está dentro não visualiza o exterior e vice-versa. Por outro lado a transparência dos serviços de atenção diária permite a criação de uma rede entremeada com a trama urbana, onde o vetor espacial se reduz a uma importância secundária.

Muito do que se sabe hoje sobre as doenças mentais vêm de estudos onde o espaço reservado para a loucura era o manicômio. O nascimento da psiquiatria coincide com o nascimento do manicômio como lugar dos indivíduos acometidos da “doença mental”. Essa organização espacial da loucura, talvez possa ter contribuído na formulação dos termos utilizados nos procedimentos técnicos.

A psiquiatria, tendo sua origem na medicina, recebeu emprestado dela toda sua terminologia utilizada. Pode-se perceber que os conceitos de *indicação*, *acompanhamento* e *alta*, tem forte ligação com o lugar onde deve ser procedida a terapêutica. Assim, estamos ligados ao lugar de tratamento onde se tem uma forte conotação espacial.

Peter Pal Pélbart, se referindo a Foucault, diz:

“(…) Foi um dos primeiros a entender que o modelo concentracionário, o das instituições totais, dos espaços fechados, no seu desaparecimento progressivo, estavam dando lugar a outro dispositivo muito mais sutil, invisível, ágil e poderoso”. (Pélbart, 1993, p. 38)

Mais adiante o mesmo autor, citando Paul Virilio, diz:

“O campo da incidência do poder já não é prioritariamente o controle dos corpos no espaço ( com seus dispositivos, por exemplo, da reclusão e exclusão ), mas o do controle do tempo. (...)

(...)Caso a hipótese de Virilio aponte para uma tendência real, não bastaria uma política do espaço, mas seria preciso forjar uma política do tempo, uma cronopolítica que desafiasse o modelo dominante de controle do tempo, de neutralização do tempo, do ideal de abolição do tempo”. (Pélbart, 1993, p. 38)

Estas questões são relevantes quando se propõe a um trabalho em instituições abertas. Como pensar em um trabalho que se contraponha ao modelo manicomial sem cair em um modelo de aceleração, de alta rotatividade? Por outro lado, os serviços de atenção diária não podem ser lugares para “passatempo” ou de “matar o tempo”, fazendo com que muitos profissionais venham a pensar que esses serviços possam ser locais para os pacientes se ocuparem em função da “ociosidade” provocada pelo adoecimento.

Esse trabalho se volta contra o sofrimento vivido pelos indivíduos que procuram ajuda. Deve-se elaborar dispositivos de intervenções na loucura, não com o intuito de simplesmente aboli-la através dos controles espaço/tempo, mas sim, formular estratégias transparentes, levando-se em conta a temporalidade própria da loucura.

Busca-se na militância como trabalhadores de saúde mental. não apenas a queda dos muros do manicômio, mas também, a abolição das opacidades que possam existir nas relações entre os técnicos, e entre estes com os usuários, e também entre eles próprios.

É dentro desse campo de multiplicidades de formas de relacionar, nessas heterogêneas maneiras de existir, que pode se dar realmente o processo transformador. Os dispositivos ou agenciamentos criados devem ter

esse sentido de transformação, mas que esse movimento deve fluir no tempo e no espaço.

Só assim os serviços estarão permanentemente inscritos no tempo, em um processo contínuo de reformulação, transformação e transcendência.

A experiência tem demonstrado que não basta apenas afirmar que o modelo hospitalocêntrico não serve para a promoção da saúde mental. Apesar desse conhecimento, o hospital se perpetua, não apenas como estabelecimento, mas nas formas de relações existentes entre as diversas pessoas envolvidas no problema.

“O povo ‘psi’, para convergir nessa perspectiva com o mundo da arte, se vê intimidado a desfazer de seus aventais brancos, a começar por aqueles invisíveis que carrega na cabeça, em sua linguagem e em suas maneiras de ser. Da mesma maneira, cada instituição de atendimento médico, de assistência, de educação, cada tratamento individual deveria ter como preocupação permanente fazer evoluir sua prática tanto quanto suas bases teóricas”.(Guattari, 1991, p. 22)

Assim, a Casa d’Engenho busca essa desmobilização e desconstrução interna, onde se perpetuam práticas que muitas vezes os próprios discursos condenam. Esse processo é construído no cotidiano, nas pequenas ações que poderiam passar despercebidas para um observador menos atento.

Pode-se afirmar que nesse tipo de instituição quando se estabelecem rupturas com o modelo psiquiátrico dominante, elas se dão a partir da micropolítica. Deve-se pensar a que ponto chegam essas rupturas e se poderia ir além dos pontos alcançados.

Os Serviços de Atenção Diária são organizações ou estabelecimentos criados dentro de alinhamentos de um conceito geral acerca da noção sobre “saúde/doença mental”. Não foge de uma série de antecedentes conceituais de tipo valorativo ou tipo político ou seja, qual papel do Estado, que através

de suas tecno-burocracias definem como uma condição marginal e desviante ou o que se estabelece como “sociedade normal”, e qual a política adotada para a proteção de ambas. Isso implica na utilização de um aparelho conceitual que está muito bem definido. Não ocorreram grandes modificações qualitativas nesse corpo de conhecimentos.

Os Serviços de Atenção Diária talvez estejam relacionados a uma corrente complexa de humanização tanto da “sociedade civil sadia” buscando reconhecer que o psiquismo da vida dessa “comunidade enferma” contém elementos que podem ser considerados da ordem da loucura, mas que podem ser bem assimilados ou metabolizados pela estruturas da comunidade. Por outro lado, na “comunidade enferma”, o reconhecimento que não existe uma condição infra-humana, sub-humana ou desumana, que então permita de fato um tratamento que não contemple a criação de um espaço/tempo à parte, que possibilite condições de arbitrar, que disponham de cuidados físicos, psíquicos, que não se utilize determinadas formas de violência (isolamento, agressões, contenção física ou química, etc.). São critérios de humanização e de transformação dos elementos que são próprios da “idade do ouro do alienismo” (Castel, 1978). Os critérios dos serviços de atenção diária de não internar, não encarcerar, não cronificar, permanecendo um lugar de passagem, estrutura a capacidade de organizar sua loucura dentro de uma loucura admitida.

A partir daí, os conceitos últimos que definem essa condição de loucura não mudaram nada seja do ponto de vista anatomopatológico, neuroquímico ou descritivo empirista fenomenológico, psicanalítico, sociológico ou antropológico.

Para saber se existe a possibilidade de um aprofundamento às críticas dos conceitos, dos valores, da teoria e das políticas de Estado, é necessário um trabalho que vá muito além. É complexo e tem muitas entradas possíveis.

Pensando em todas as experiências históricas pela evolução psiquiátrica (italiana, inglesa, etc.), pergunta-se qual é o elemento em comum que todas tiveram apesar das grandes diferenças geográficas, históricas ou



políticas. O que existiu de comum foi a possibilidade de se criar um espaço que pudesse dar a essas pessoas diversos graus de possibilidades de construir autogestivamente ou co-participativamente um mundo alternativo.

Independente do estado do paciente, deve-se introduzi-lo a estabelecer certos graus de relação e de organização que em níveis variáveis se auto-regula e tende a criar uma cultura própria - a introdução a rituais próprios, mitos, diferentes formas de hierarquias, lideranças, manifestações artísticas, quando possíveis, toda uma normativa própria do grupo. Há também uma reformulação da "interface" entre essa cultura criada e a cultura da equipe, da sub-comunidade técnica que também cria a sua própria cultura, mas converte em uma interpenetração, articulação criativa, como mimetização. Exemplo: Quando chega o momento de confiança onde se dá a medicação ao companheiro para dar a outro companheiro quando precisar - um processo de transversalização. A medicação é um instrumento de contenção, que tem uma tradição na sua utilização bastante identificada com o modelo manicomial de tratamento. Não é um recurso de administração fácil ou corriqueira. Tem seus fundamentos, mas que nessa situação, adquire todo um outro sentido, todo um outro valor simbólico que faz um paciente, colega de tratamento, administrá-lo com responsabilidade e com efeitos, mas com um critério cultural completamente diferente das tradições institucionais, dentro de referências pessoais diferentes que geralmente acabam redundando em, ou não administrar nada ou dar pouquíssimo, muito menos se fosse determinado por um médico. Nesse caso, os critérios de avaliação do uso de medicamentos passam a ser outros, diferentes de uma avaliação apenas dos sintomas presentes.

Uma situação interessante que pode servir como ilustração desse aspecto, ocorreu em um grupo de medicação. Alguns pacientes que faziam uso de antipsicóticos se queixavam que estavam tendo bastante sialorréia<sup>48</sup>. Um outro paciente concordou dizendo que também "tinha muita água na boca". Ocorre que o referido paciente era pastor de uma igreja evangélica. Tendo uma vida bastante recatada, as questões sobre sexualidade sempre

---

<sup>48</sup> Termo médico que significa o excesso de salivação.

foram tratadas por ele com evitação e bastante dificuldade, como se isso não fizesse parte de sua vida. Acontece que o paciente além de referir a “água na boca” relatou também que nesses momentos, seus pensamentos também eram invadidos por imagens de “mulatas sambando e se rebolando”. Diante disso uma outra paciente exclamou:

-“Por isso que você tem água na boca. Fica só pensando em mulatas se rebolando!”.

Como a criação de representações próprias são capazes de alterar todos os valores, todos os parâmetros, inclusive os parâmetros objetivos de experiência química. Quanto mais convencida a equipe tem que o mecanismo é esse, quanto mais confia e mergulha nisso, mais e mais rupturas se produz.

Uma das coisas que poderia aprofundar enormemente a aproximação e o objetivo das forças e das entidades que lidam com isso é aprender a distinguir esse tipo de capacidade de encontro, de criá-lo, com a equipe, entre eles, etc. Acontece pouco, mas quando acontece é uma prova que a loucura relaciona-se com os efeitos dos impedimentos que a sociedade coloca para que isso aconteça.

Esse é um campo que pode ir muito mais longe. Mas não passa por violentar determinadas exigências que articulam esse organismo com outro que é mais repressivo, que articula com outro que é mais repressivo, etc. Passa por dentro. Passa pela convicção de que esse é um âmbito necessário para reinventar a vida, reinventar as possibilidades.

Quando Peter Pelbart (1989) fala do Manicômio Mental, não enfatiza as instituições. A positividade que tem lá dentro. Enfatiza a crítica aos nossos preconceitos mas não enfatiza as potências produtivas de criação, de convivência alternativa que elas tem. Se trata de criar um “dispositivo” que possa lidar com as turbulências, com os redemoinhos com o caos que tem por baixo e ir entrando na construção de um novo mundo.

Esse trabalho não deve simplesmente reintegrar o sujeito à sociedade. A possibilidade é de se criar agentes que mudem essa “sociedade sadia”

através de detalhes semióticos muito sutis, difíceis de sistematizar e que fazem parte das representações sociais acerca do que é a loucura, ou a invenção de uma nova semiótica, novos valores, novos gostos pela vida, contaminando a sociedade.

2ª Feira		3ª Feira		4ª Feira		5ª Feira		6ª Feira		Sábado
GRUPO BOM DIA		GRUPO BOM DIA		GRUPO BOM DIA		GRUPO BOM DIA		GRUPO BOM DIA		<b>C L U B  E  D E</b>
GRUPO DE MEDICAÇÃO	OFICINA CULINÁRIA	GRUPO DE ARTES	<b>REUNIÃO DOS TÉCNICOS</b>	GRUPO DE MÚSICA		GRUPO DE MEDICAÇÃO	OFICINA CULINÁRIA	UNIVERSIDADE ABERTA	PASSEIOS	
GRUPO OPERATIVO		OFICINA DE FANTOCHES		OFICINA BRINCAR E CRIAR	<b>SUPERVISÃO DE ESTAGIÁRIOS</b>	OFICINA DE MULTIPLICAÇÃO DRAMÁTICA		OFICINA DE MÁSCARAS OU GRUPO DE ARTES	QUINZENAIS	
OFICINA DE MARCEARIA	OFICINA EXPRESSIVA	TELEJORNAL								
<b>ALMOÇO</b>		<b>ALMOÇO</b>		<b>ALMOÇO</b>		<b>ALMOÇO</b>		<b>ALMOÇO</b>		
CONTOS DE FADA	OFICINA DO CORPO		OFICINA LITERÁRIA		<b>C O T I D I A N O</b>	<b>SUPERVISÃO DE FAMÍLIA</b>	OFICINA DE HIGIENE E SAÚDE		<b>L A Z E R</b>	
GRUPO DE REFLEXÃO	CLUBE DA ESPERANÇA		GRUPO MOMENTOS			<b>REUNIÃO DE ENCAMINHAMENTO</b>	OFICINA DE JORNAL	VÍDEO OU TEATRO ABERTO		
GRUPO BOA TARDE	GRUPO BOA TARDE		GRUPO BOA TARDE			GRUPO BOA TARDE	GRUPO BOA TARDE			

## **LISTA DE ABREVIACÕES**

ACA - Ambulatório Central de Adultos

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

AIS - Ações Integradas de Saúde

AP - Área Programática

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CBAD - Curso Básico de Acompanhamento Domiciliar em Saúde Mental

CEMASI - Centro Municipal de Atendimento Social Integrado

CIAC - Centro Intermediário de Atenção à Crise

CIPLAN - Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação

CNSM - Campanha Nacional de Saúde Mental

CONASP - Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária

COSAM - Coordenação de Saúde Mental

CPP II - Centro Psiquiátrico Pedro II

CSM - Centro de Saúde Mental

DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental

DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental

EAT - Espaço Aberto ao Tempo

EPA - Enfermaria de Portas Abertas

FAS - Fundo de Apoio Social

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

GAE - Grupo de Acompanhamento a Egressos

HD - Hospital - Dia

HGR - Hospital Gustavo Riedel

HNPI - Hospital de Neuro-Psiquiatria Infantil

INAMPS - Instituto Nacional de Previdência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

IPAB - Instituto Professor Aduino Botelho

IPUB - Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro

LAPS - Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental

MII - Museu de Imagens do Inconsciente

MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social

MS - Ministério da Saúde

MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial

PAICAP - Programa de Assistência Interdisciplinar à Criança Autista e  
Psicótica

PAIS - Programa de Ações Integradas de Saúde

PAM - Posto de Assistência Médica

PSP - Pronto Socorro Psiquiátrico

PU - Posto de Urgência

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

STOR - Setor de Terapia Ocupacional e Reabilitação

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TRIM - Triagem e Recepção Integrada Multiprofissional

UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro

UHBP - Unidade Hospitalar Braule Pinto

UHGR - Unidade Hospitalar Gustavo Riedel

UHMC - Unidade Hospitalar Médico Cirúrgica

UHPAB - Unidade Hospitalar Professor Aduino Botelho

UHVR - Unidade Hospitalar Vicente Resende

UNIRIO - Universidade do Rio de Janeiro