



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA - IPUB
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PSICOSSOCIAL MEPPSO



LÍLIAN MAGALHÃES COSTA LIMA

**O HOSPITAL COLÔNIA E O CAPS EM BARRA DO PIRAI/RJ: DA ASSISTÊNCIA
ASILAR À REFORMA PSIQUIÁTRICA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Rio de Janeiro

2019

LÍLIAN MAGALHÃES COSTA LIMA

**O HOSPITAL COLÔNIA E O CAPS EM BARRA DO PIRAI/RJ: DA ASSISTÊNCIA
ASILAR À REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial do Instituto de Psiquiatria IPUB, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre.

Orientador: Erimaldo Matias Nicacio

Rio de Janeiro

2019

M732h Magalhães Costa Lima, LÍlian O hospital colônia e o CAPS em Barra do Pirai/RJ: da assistência asilar à Reforma Psiquiátrica / LÍlian Magalhães Costa Lima. -- Rio de Janeiro, 2019.
177 f.

Orientador: Erimaldo Matias Nicácio.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria, Programa de Pós-Graduação em Atenção Psicossocial, 2019.

1. Reforma Psiquiátrica. 2. Hospital psiquiátrico. 3. CAPS. 4. Saúde mental. I. Matias Nicácio, Erimaldo, orient. II. Título.

O HOSPITAL COLÔNIA E O CAPS EM BARRA DO PIRAÍ/RJ: DA ASSISTÊNCIA
ASILAR À REFORMA PSIQUIÁTRICA

Lílian Magalhães Costa Lima

Orientador: Erimaldo Matias Nicacio

Dissertação de mestrado apresentada pelo Programa de Mestrado
Profissional em Atenção Psicossocial do IPUB/UFRJ, como
requisito parcial à obtenção do título de mestre.

Aprovada em:

Prof. Dr. Erimaldo Matias Nicácio – IPUB/UFRJ – Orientador

Prof. Dr. Eduardo Mourão Vasconcelos – ESS/UFRJ

Prof^ª Dr^ª Ana Paola Frare – IPUB/UFRJ

Rio de Janeiro, 04 de junho de 2019

Agradecimentos:

Escrever esta página não será menos difícil do que foi escrever esta dissertação. Chegar até aqui é concluir uma etapa extremamente importante em minha vida. Sou a primeira de minha família a alcançar o título de mestre. E a primeira coisa que preciso fazer é agradecer a Deus pela oportunidade concedida, pelos impasses superados e pela conquista alcançada.

Agradeço a minha família, primeiramente por ter tolerado meu distanciamento e ausência, necessários para conseguir concluir este trabalho. São vocês que sempre me incentivaram a estudar e apoiaram em tudo que precisei ao longo de toda minha trajetória de estudos.

Quero, também, registrar meu agradecimento ao IPUB/UFRJ e todo corpo docente do Mestrado Profissional, excepcionalmente àqueles com quem tive o prazer de ter aulas, trocar experiências e adquirir conhecimento.

À minha turma de mestrado, especialmente aos amigos que fiz, que puderam ser companhia para além da sala de aula. Foram bons momentos de “*happy hour*” na cidade do Rio de Janeiro, importantíssimos para quem não é da cidade e nela precisa repousar.

Ao meu orientador Erimaldo Nicacio que acompanhou cada passo deste trabalho e sempre esteve disponível aos meus questionamentos e aos encontros de orientação. Por compartilhar livros, saber e pelo respeito por esta pesquisa.

Aos Drs. Eduardo Mourão Vasconcelos e Ana Paola Frare, por aceitarem fazer parte da banca examinadora. Agradeço a paciência, as contribuições e o apoio recebido na qualificação, que fizeram toda diferença no desenvolvimento deste trabalho.

Aos amigos Débora Augusto Franco e Ricardo Sparapan Pena, que me apoiaram no momento da escrita do pré-projeto, ajudando a torna-lo melhor.

A todos aqueles que aceitaram fazer parte da pesquisa de campo. Além de ceder seu tempo, emprestaram seus sentimentos a este trabalho, lhe dando vida! Obrigada por cada troca, por cada material cedido.

A toda equipe do Programa de Saúde Mental de Barra do Piraí, agradeço pelo apoio recebido ao longo deste trabalho, pelo reconhecimento da relevância desta pesquisa e por cada troca que foi importante para o trabalho de campo. Ao coordenador de saúde mental, por autorizar e apoiar o desenvolvimento da pesquisa. A equipe e usuários do CAPS Nossa Casa de Barra do Piraí, por compreender minha escolha em deixar a coordenação do serviço em prol de uma disponibilidade maior para o mestrado.

Pelo incentivo e apoio dos colegas de trabalho, os de longa data e os recém-chegados. Somos nós que temos a responsabilidade de manter viva a memória da Reforma Psiquiátrica em Barra do Piraí. Que possamos continuar escrevendo esta história.

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram para minha formação profissional e acadêmica.

A quem ainda se esforça em manter viva a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

“Toda dor pode ser suportada se sobre ela puder ser contada uma história”.

Hanna Arendt

Resumo

A presente pesquisa tem como proposta o estudo de caso sobre a Reforma Psiquiátrica no município de Barra do Piraí, a partir do fechamento do Hospital Colônia de Vargem Alegre e da implantação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município. Tem por objetivo pesquisar a construção da Política de Saúde Mental em Barra do Piraí, articulando a história da Reforma Psiquiátrica no município à literatura vigente sobre o tema. Se baseou em documentos oficiais relacionados aos serviços citados e nas entrevistas semiestruturadas realizadas com gestores, profissionais e usuários. Tem como principal relevância a possibilidade de construção da memória da Reforma Psiquiátrica no território para a fundamentação das práticas atuais de atenção psicossocial em Barra do Piraí.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica; Hospital Psiquiátrico; CAPS.

Abstract

This research is a case study about the Psychiatric Reform in the city of Barra do Piraí, from the closure of the Hospital Colonia de Vargem Alegre and the implementation of the local Psychosocial Care Center (CAPS). It is a dissertation about the construction of the Mental Health Policy in Barra do Piraí, articulating the history of the Psychiatric Reform in the municipality with the literature on the subject-matter. This study was based on official services documents and on semi-structured interviews with managers, professionals and patients. Its main relevance is the possibility of building the memory of the Psychiatric Reform in the territory for the foundation of current practices of psychosocial care in Barra do Piraí.

Keywords: Psychiatric Reform; psychiatric hospital; CAPS.

Siglário

ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria

ABS – Atenção Básica em Saúde

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

AIS – Ações Integradas de Saúde

ALERJ – Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro

APAC – Autorização de Procedimentos Ambulatoriais

CAP – Caixas de Aposentadorias e Pensões

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil

CAPS Ad - Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CGMAD/MS – Coordenação-Geral de Saúde Mental Álcool e Outras Drogas

CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental

CONASP – Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária

CREMERJ – Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro

DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental

DNS – Divisão Nacional de Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FBH – Federação Brasileira de Hospitais

GSM/SES – Gerência de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde

HEVA – Hospital Estadual de Vargem Alegre

IAP – Institutos de Aposentadorias e Pensões

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IFB – Instituto Franco Basaglia

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

IPUB/UFRJ – Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro

LBHM – Liga Brasileira de Higiene Mental

MLA – Movimento da Luta Antimanicomial

MNLA – Movimento Nacional da Luta Antimanicomial

MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PDI – Psiquiatria Democrática Italiana

PNSM – Política nacional de Saúde Mental

PRH – Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar do SUS

PSM – Programa de Saúde Mental

PT – Partido dos Trabalhadores

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RUE – Rede de Urgência e Emergência

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SNDM – Serviço Nacional de Doenças Mentais

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SUS – Sistema Único de Saúde

RT – Residência Terapêutica

UA – Unidade de Acolhimento

UBS – Unidade Básica de Saúde

Sumário

INTRODUÇÃO:	2
1. AOS LOUCOS O HOSPÍCIO: A LOUCURA, OS ASILOS E A ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL	8
1.1. Alienação e loucura.....	8
1.1.1. O Hospital Geral e os asilos	11
1.1.2. Rompendo as correntes: a medicalização da loucura	15
1.2. A assistência psiquiátrica no Brasil e o modelo dos hospitais colônia.....	23
1.2.1. A Psiquiatria eugenista da Liga Brasileira de Higiene Mental:	34
1.2.2. A expansão da assistência psiquiátrica no Brasil	37
2. POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS: A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL.....	42
2.1. A Saúde como uma política social	42
2.1.1. As Políticas Públicas de Saúde no Brasil	45
2.2. A Política Nacional de Saúde Mental	50
2.2.1. O Movimento de Reforma Psiquiátrica.....	50
2.2.2. A Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	55
2.2.3. CAPS, do que se trata?.....	65
3. A COLÔNIA DE ALIENADOS DE VARGEM ALEGRE: O NASCIMENTO E O FIM DE UM ASILO PSIQUIÁTRICO	74
3.1. A Colônia dos Alienados de Vargem Alegre: um hospital psiquiátrico do Estado do Rio de Janeiro em Barra do Piraí.....	75
3.2. O Hospital Estadual de Vargem Alegre (HEVA) na década de 1990.....	101
3.2.1. A intervenção do CREMERJ e outros conselhos de saúde	105
3.2.2. O fechamento do Hospital Estadual de Vargem Alegre.....	109
3.3. O resgate de uma história:	115
4. PLANEJAMENTO E IMPLANTAÇÃO DO CAPS EM BARRA DO PIRAÍ: EFEITOS NO TERRITÓRIO, DESAFIOS E AVANÇOS	117
4.1. A experiência do Ambulatório de Saúde Mental	119
4.2. Planejamento e implantação do CAPS: um modelo para a Região Médio Paraíba ..	122
4.3. Efeitos dos processos de cuidado do CAPS e sua articulação no território	129
4.3.1. Delineando os processos de cuidado no CAPS de Barra do Piraí.....	130
4.4. Desafios, impasses e avanços do CAPS de Barra do Piraí.....	136
5. PARA CONCLUIR: SAÚDE NÃO SE VENDE, LOUCURA NÃO SE PRENDE:	146

REFERÊNCIAS:	151
ANEXO 1	158
ANEXO 2	161
ANEXO 3	164

INTRODUÇÃO:

A presente pesquisa tem como proposta descrever e destacar pontos relevantes sobre o percurso da Reforma Psiquiátrica no município de Barra do Piraí, por meio de uma narrativa histórica sobre a assistência psiquiátrica local, tendo como campos principais o Hospital Colônia de Vargem Alegre (HEVA) e o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I Nossa Casa. Do HEVA foi apresentado o funcionamento da instituição e sua lógica manicomial, destacando seus momentos finais e processo de fechamento. Já do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município, criado em seguida ao fechamento do HEVA, foi argumentado sobre o seu processo de implantação e construção do paradigma da atenção psicossocial na lógica de cuidado. Apesar de não haver relação direta entre estes dois fenômenos – a implantação do CAPS não está vinculada ao fechamento do hospital –, há uma proximidade temporal entre eles que coloca como questão se existe, mesmo que indiretamente, algum tipo de relação entre estes processos. Portanto, a pesquisa procura percorrer os efeitos da Reforma Psiquiátrica no território de Barra do Piraí, buscando encontrar o contexto que determinou ambos processos citados, apesar de um não ser efeito do outro. Vale destacar que o CAPS se situa no centro da cidade e o hospital colônia ficava no distrito de Vargem Alegre.

Faz-se importante contextualizar o local em que foi feita a pesquisa. Barra do Piraí é um município da região de saúde da Médio-Paraíba, do Estado do Rio de Janeiro. Faz fronteira com os municípios de Vassouras, Valença, Volta Redonda, Piraí, Pinheiral, Mendes e Barra Mansa. Sua área geográfica é de 584,610 Km². E, além de sua área urbana central, possui mais cinco distritos: Califórnia da Barra, São José do Turvo, Vargem Alegre, Dorândia, Ipiabas. Sua população é estimada em 97.460 habitantes (IBGE, 2017). É importante destacar que, de 1904 a 1997, o distrito de Vargem Alegre possuía uma instituição manicomial: o Hospital Estadual de Vargem Alegre (HEVA), que seguia o modelo de colônia criado pelo alienista Juliano Moreira e foi desativado após sofrer várias intervenções públicas em consequência de mortes violentas, epidemias de leptospirose, dentre outras situações indignas. Portanto, a prática asilar e hospitalocêntrica marcou culturalmente o imaginário social sobre a loucura no território e ainda perdura nos momentos atuais.

Atualmente, o município possui um CAPS I, um CAPSi, um CAPS Ad, uma RT, um Ambulatório de Saúde Mental (que atende os casos de transtorno mental leve/moderado), sete Estratégias Saúde da Família (ESF), um Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) e dezesseis Unidades Básicas de Saúde (UBS). Além disso, há o Posto de Saúde Albert Sabin, que fica no Centro e atende os bairros em que não há ESF ou UBS; nele também se encontram

o laboratório, a farmácia e outros programas de saúde do município. Na Rede de Urgência e Emergência (RUE), Barra do Piraí possui SAMU e um Polo de Emergência. A rede hospitalar do município é filantrópica, conveniada ao SUS: Santa Casa, Cruz Vermelha e Hospital e Maternidade Maria de Nazaré. Apesar de Barra do Piraí ter um registro de 53% de cobertura da Atenção Básica em Saúde (ABS) (DATASUS, 2012), na prática temos a maioria do território com UBS (sendo que alguns não possuem nem isso) e estas com déficit de equipe, o que implica num cuidado mais médico-curativo do que comunitário. A população de Barra do Piraí ainda recorre mais ao Polo de Emergência do que à ABS. Como ainda não ocorreu a implantação de leitos de saúde mental no hospital geral (em processo), Barra do Piraí realiza internações psiquiátricas na Casa de Saúde Cananéia (Vassouras/RJ), dificuldade que é somada à baixa cobertura da ABS e ao déficit de equipe que o CAPS passou por muitos anos.

A autora desta pesquisa é servidora pública no município de Barra do Piraí desde agosto de 2010, lotada desde novembro de 2013 no CAPS. E esteve na coordenação deste serviço de março de 2014 a março de 2017. Portanto, muitos desafios foram encontrados para a sustentação de um trabalho interdisciplinar e comunitário em um município com uma lógica de cuidado extremamente hospitalocêntrica e médico-curativa, além de ser o único município da Região de Saúde do Médio Paraíba que ainda não possui leitos de saúde mental em hospital geral e, com isso, realizando internações em hospital psiquiátrico. E, ainda, com um CAPS do tipo I, abaixo do seu perfil populacional. Daí surge a seguinte questão: como um município que implantou um CAPS em 2000, antes mesmo da promulgação da Lei da Reforma, encontrou tantas dificuldades na implantação de uma rede de serviços, na desconstrução do imaginário social estigmatizante sobre a loucura e na corresponsabilização do cuidado com outros pontos da rede de saúde? Para tentar responder esta questão é necessário, assim, conhecer qual foi o percurso da assistência psiquiátrica e atenção psicossocial traçado em Barra do Piraí ao longo desses anos e colher as implicações do fechamento do hospital psiquiátrico e da implantação do CAPS no território. Isso possibilitará o enfrentamento desses desafios, pois ao conhecer as especificidades locais poderemos ter uma melhor direção das ferramentas a serem utilizadas no cuidado dos nossos usuários.

Portanto, esta dissertação é o resultado de uma pesquisa sobre a construção da Política de Saúde Mental em Barra do Piraí, que articulou a história da Reforma Psiquiátrica ocorrida no Brasil com a desospitalização realizada no Hospital Estadual de Vargem Alegre (HEVA) e a implantação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no município, buscando os efeitos que cada um deixou no território. Para fundamentação teórica foi realizado levantamento

bibliográfico sobre a história da loucura, a construção dos asilos psiquiátricos (principalmente no Brasil), a Reforma Psiquiátrica Brasileira, a Política Nacional de Saúde Mental e a Rede de Atenção Psicossocial, visando dar subsídios à pesquisa. O método utilizado para a pesquisa qualitativa foi de narrativa histórica, através de categorias temáticas retiradas de dados documentais e de entrevistas semiestruturadas.

Uma narrativa é uma história expressa em linguagem oral ou escrita e pode ser analisada a partir do contexto em que é dita. No caso, partiu-se de uma pesquisa histórica, que demandou intenso trabalho bibliográfico, documental e de entrevistas para o levantamento de informações que pudessem subsidiar a construção de uma narrativa sobre a assistência psiquiátrica em Barra do Piraí, tendo como recorte histórico a fundação da Colônia de Alienados de Vargem Alegre em 1904 e a implantação do Centro de Atenção Psicossocial Nossa Casa, em 2000. Para a construção da narrativa histórica foram utilizados os métodos de pesquisa documental, com todo o material institucional e jornalístico escrito que foi utilizado na pesquisa, e análise de conteúdo de cunho temático, a partir da categorização das entrevistas. Para a pesquisa documental foram seguidos os seguintes passos: levantamento de documentos úteis à pesquisa; levantamento de questões a serem consideradas ao ler e examinar os documentos, que foram elencadas a partir do referencial teórico; levantamento de questões a serem abordadas na construção da narrativa histórica. Para as entrevistas semiestruturadas foram construídas categorias temáticas que pudessem facilitar a manipulação do material oral colhido, destacando dados e evidências relevantes, construindo uma narrativa histórica que pudesse se articular com a pesquisa documental e o referencial teórico.

Diante disso, a pesquisa inclui dados a partir de entrevistas semiestruturadas, da observação direta dos entrevistados e da pesquisa de arquivos públicos do Hospital Estadual de Vargem Alegre e do CAPS Nossa Casa. Os arquivos relacionados ao HEVA foram pesquisados pela Hemeroteca Digital Brasileira, já os arquivos referentes ao CAPS foram disponibilizados pelo próprio serviço. Por conseguinte, foram entrevistados os trabalhadores, gestores, usuários e familiares que passaram pelo HEVA e pelo CAPS do município, como também gestores que passaram pela Secretaria Estadual de Saúde na época circunscrita da pesquisa. A partir do levantamento de dados documentais e das entrevistas semiestruturadas, o material obtido foi elencado nas seguintes categorias temáticas:

1. O Hospital Estadual de Vargem Alegre e seu modelo de assistência;
2. Efeitos da Reforma Psiquiátrica no fechamento do Hospital Estadual de Vargem Alegre e modo de operacionalização do seu fechamento;

3. Planejamento e implantação do CAPS de acordo com as normativas de gestão nacional;
4. Efeitos dos processos de cuidado do CAPS e sua articulação no território;
5. Desafios e avanços na manutenção do CAPS e implantação de outros dispositivos de Saúde Mental no território.

Assim, como já apontado, trata-se de uma pesquisa qualitativa sobre os processos de assistência à loucura e de Reforma Psiquiátrica em Barra do Piraí, tendo como principais eixos o Hospital Colônia de Vargem Alegre e a construção da Atenção Psicossocial no município, que partiu de documentos encontrados sobre o HEVA e sobre o CAPS de Barra do Piraí, complementando-se com entrevistas semiestruturadas realizadas com gestores, profissionais e usuários que participaram de um dos dois eixos. Vale destacar que esta pesquisa possui a característica de ser descritiva e histórica, pois constrói uma narrativa sobre um fenômeno passado elaborado a partir dos dados elencados e categorizados, de maneira temática. Com isso, foi possível explorar, descrever e explicar o objeto de estudo circunscrito em seu campo. Martins (2009) relata que a historiografia utiliza principalmente fontes documentais para abstrair seus argumentos, mas que também pode utilizar-se das fontes orais para estabelecer uma correlação com o que dizem os documentos. E é exatamente como esta pesquisa percorreu metodologicamente.

O objetivo geral desta pesquisa é realizar uma narrativa descritiva e histórica sobre a Reforma Psiquiátrica no município de Barra do Piraí, levantando dados sobre a assistência psiquiátrica local, tendo como campos principais o Hospital Estadual de Vargem Alegre (HEVA) e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Nossa Casa. Os objetivos específicos são: realizar uma narrativa histórica sobre a assistência psiquiátrica que acontecia no município de Barra do Piraí antes da Reforma Psiquiátrica Brasileira, destacando os desdobramentos sobre a fundação e funcionamento da Colônia de Alienados de Vargem Alegre (que se tornou o HEVA), hospital psiquiátrico local gerido pelo governo do estado; destacar as implicações que o fechamento do Hospital Estadual de Vargem Alegre (HEVA) deixaram para a Reforma Psiquiátrica em Barra do Piraí; construir uma narrativa histórica sobre o processo de Reforma Psiquiátrica em Barra do Piraí, que se deu por meio da construção de um Programa de Saúde Mental no município e da implantação do CAPS local; destacar a influência do movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira em Barra do Piraí. A pesquisa se justifica pela realização de um registro sobre a assistência psiquiátrica e a política pública de saúde mental em Barra do Piraí, que por sua vez foi uma experiência rica de construção, capaz de inspirar o momento

atual das políticas públicas de saúde mental. Além disso, pela possibilidade de se destacar as especificidades locais dentro do processo macropolítico da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Outro ponto relevante é poder compreender a forte demanda social por internação manicomial que existe no município, como também as muitas fragilidades do trabalho em rede e os diversos impasses de gestão da saúde pública local. É importante frisar, ainda, que a experiência desta cidade é ilustrativa e extremamente importante também para outros municípios com situações similares de desconstrução da rede manicomial e construção de uma Rede de Atenção Psicossocial, principalmente no atual momento político vivenciado no país.

No primeiro capítulo busca-se partir do lema “Aos loucos o hospício!” para pensar sobre o paradigma da loucura na sociedade moderna, destacando também como se deu a construção dos asilos até chegar aos hospitais colônia implantados no Brasil. É abordado sobre os conceitos de alienação e loucura, o nascimento dos hospitais gerais e do asilo psiquiátrico, tendo como principal referencial teórico Michael Foucault. Posteriormente, é discorrido sobre a assistência psiquiátrica no Brasil, principalmente em relação ao modelo de hospital colônia, pois o Hospital Estadual de Vargem Alegre foi implantado sob o modelo de colônia agrícola de alienados.

O segundo capítulo busca, a partir do lema “Por uma sociedade sem manicômios!” destacar como foi construído o paradigma da Reforma Psiquiátrica e como ocorreu este movimento no Brasil até a implantação de uma política pública nacional de saúde mental. Com isso, ressalta como se deu a implantação de CAPS no Brasil e a importância deste dispositivo no ordenamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Tem como principal objetivo descrever o movimento macropolítico da Reforma Psiquiátrica para oferecer subsídios de se pensar, mais a frente, como esta ocorreu em Barra do Piraí.

Por sua vez, o terceiro capítulo começa a trazer as características peculiares do município de Barra do Piraí, especificamente sobre a Colônia Agrícola dos Alienados de Vargem Alegre, apontando a fundação da instituição e o decorrer da assistência psiquiátrica realizada por este hospital por noventa e três anos. A partir de uma pesquisa documental na Hemeroteca Digital Brasileira, foi levantado dados sobre o Hospital Estadual de Vargem Alegre, desde sua implantação ao seu fechamento. Posteriormente, a partir das entrevistas, acrescentou-se informações sobre experiências de profissionais que passaram pelo hospital em seus últimos momentos.

Já o quarto capítulo aborda sobre a implantação do CAPS em Barra do Piraí, utilizando-se também do material das entrevistas e documental da instituição ou oferecido pelos

entrevistados, tendo como principal direção descrever como ocorreu o movimento local para a implantação de serviços que pudessem atender às questões de saúde mental de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica, já discutidos amplamente no momento. Dessa forma, a partir das entrevistas e documentos encontrados, foi possível descrever e analisar o impacto local dos processos macropolíticos da Reforma Psiquiátrica, destacando os desafios encontrados e os avanços que foram possíveis nesses momentos iniciais do CAPS no município.

Ao concluir, torna-se importante também entender a relação do processo histórico construído nesta pesquisa com a realidade atual da Reforma Psiquiátrica no Brasil, de modo que esta possa contribuir para avaliação e transformação da prática da atenção psicossocial em Barra do Piraí, além de instrumentalizar os atuais atores do processo da Reforma Psiquiátrica do município.

1. AOS LOUCOS O HOSPÍCIO: A LOUCURA, OS ASILOS E A ASSISTÊNCIA PSQUIÁTRICA NO BRASIL

Nem sempre houve associação entre os conceitos de loucura e manicômio. Nem sempre a relação da sociedade com o fenômeno da loucura foi de dissidência, como se o louco não pudesse fazer parte dela. E nem sempre a loucura foi pensada como doença mental a ser tratada num local isolado. Há uma construção histórica da ideia de que o lugar do louco é o hospício. Por muito tempo foi possível o louco circular pelos espaços da cidade sem se pensar de imediato na necessidade de isolá-lo para tratá-lo, situação que se tornou mais frequente na modernidade e que também estava relacionada à construção do sistema capitalista.

No século XIX é que foi ocorrer no Brasil, nas ruas da capital – Rio de Janeiro – o clamor “Aos loucos o hospício!” Pensava-se que era necessário um espaço de isolamento para a terapêutica médica incidir sobre a loucura e curá-la. Entretanto, o manicômio enquanto instituição de assistência psiquiátrica não pôde atender aos propósitos iniciais de cura da loucura, mas contribuiu para a exclusão social e para a cronificação da alienação mental a partir do seu próprio aparato institucional.

Este capítulo tem como proposta trazer à tona a construção social da loucura como processo de alienação mental, dentro dos pressupostos teóricos de Michel Foucault em ‘História da Loucura’¹, e também destacar os argumentos que ele traz sobre a construção do asilo como instituição de destino do alienado e especificar, ainda, como isto ocorreu no Brasil, através dos hospitais colônias. Há várias maneiras de descrever o discurso psiquiátrico sobre a loucura e seus determinantes históricos e Foucault foi escolhido por ser o mais utilizado por autores brasileiros, influenciando também o que se pensou sobre Reforma Psiquiátrica no Brasil. Contudo, a obra de Michel Foucault não é a única fonte relevante sobre o tema, apesar de ser a mais difundida no nosso país.

1.1. Alienação e loucura

A modernidade traz um importante destaque para a racionalidade humana: o homem é o ser que detém a razão e através dela seria possível conhecer o mundo, sendo esta, assim, o seu guia fundamental. Até então o conhecimento sobre as coisas era adquirido através dos

¹ Sendo complementado por outros autores que demarcam sobre o conceito de loucura e a construção do asilo psiquiátrico, inclusive no Brasil.

dogmas, das figuras de autoridade e dos pensadores da antiguidade. Para Foucault, a loucura se define em relação à razão, sendo o louco aquele que está fora da razão e, portanto, excluído do campo social. Isso contribuiu para a expansão do enclausuramento da loucura justamente porque traz uma mudança de paradigma sobre este conceito: estar louco passa significar estar alienado da razão, o que implica a ausência da plena capacidade de se ter na loucura um “ser racional”, capaz de responder por si e pelos seus atos, estando entregue aos seus ‘instintos’ e ‘devaneios’. Em ‘História da loucura’ Foucault aponta a relação que havia entre o fenômeno da loucura e a prática do confinamento, iniciando a discussão destacando que, ao final do século XV, o problema da lepra havia sido erradicado, deixando um certo vazio em relação ao personagem do leproso, excluído do seu campo social, que mais tarde foi preenchido pela figura do louco, novo personagem a ser confinado.

Durante boa parte da Idade Média os leprosos foram os excluídos da sociedade, levados para instituições construídas à margem da cidade para expurgo e purificação desses doentes: os grandes leprosários. O desaparecimento da lepra, decorrente do próprio processo de segregação da doença, deixou os leprosários vazios e sem utilidade. Nessa época não era comum o enclausuramento da loucura, nem qualquer tipo de cuidado médico em relação ao insano. Somente aqueles que causavam maiores transtornos nas cidades eram de alguma maneira punidos, como, por exemplo, sendo preso numa torre ou expulso da cidade. Foi durante o período do Renascimento, já no final da Idade Média, que aparece o costume de colocar os loucos em embarcações e remetê-los de uma cidade para outra, isto é, havia grupos de mercadores que ficavam encarregados de embarcar os insanos escorraçados para fora da cidade. Não se sabe ao certo a origem dessa prática, se era uma medida de expurgação ou peregrinação da loucura. Porém, não era realizada de modo sistemático, pelo contrário, era entregar o louco ao destino e à própria sorte. Esse costume foi representado nas artes da Renascença como a ‘*Nau dos loucos*’, embarcação que tinha o papel de levá-los para uma terra desconhecida, que também não saberia de onde ele vem. Esse ato purificava a cidade da presença dos loucos e colocava-os em uma situação limiar, pois estavam sempre de uma cidade para outra, no lugar de passagem, entregue às águas (Foucault, 2014). “É o passageiro por excelência, isto é, o prisioneiro da passagem.” (FOUCAULT, 2014, p. 12) Portanto, havia um sentido ritual nessa circulação dos insanos pelas embarcações, fazendo do lugar do louco um lugar circulante. Mas nem todos os loucos de determinada cidade eram embarcados e muitas vezes era necessário receber os loucos que atracavam em seus portos. Alguns deles viviam livres nas cidades,

fazendo parte do seu cotidiano, outros eram mandados de uma cidade para outra, embarcados em exílio (Frayse-Pereira, 2008).

O filósofo René Descartes, que viveu de 1596 a 1650, trouxe um discurso que funda o racionalismo moderno, marcado pela seguinte sentença: “*Penso, logo existo!*” Assim, a razão humana torna-se a principal fonte de conhecimento e explicação da realidade. Para Foucault (2014) Descartes coloca a loucura como erro, entendendo que se há um sujeito que pensa, ele não pode estar louco, visto que a loucura implica justamente na impossibilidade do pensamento. Dessa forma, a loucura e o sujeito que duvida não podem habitar o mesmo ser, ou seja, a loucura está fora do domínio da razão. “Trata-se de uma linha divisória que logo tornará impossível a experiência, tão familiar à Renascença, de uma Razão irrazoável, de um razoável Desatino”. (FOUCAULT, 2014, p. 47 e 48) Assim, a filosofia de Descartes tornou-se a base do pensamento moderno, onde o conhecimento verdadeiro tinha como ponto de partida o ‘sujeito que duvida’ e, como o ato de duvidar implica o próprio pensamento e o raciocínio lógico, qualquer possibilidade de loucura seria anulada. A loucura foi confiscada pelo próprio exercício da razão, pois o eu que conhece não poderia estar louco. E a exclusão da loucura se expandiu posteriormente para os espaços sociais, com a criação de todo um aparato institucional para dominá-la e condená-la ao silêncio (Frayse-Pereira, 2008).

Frayse-Pereira (2008) esquematiza a gênese da loucura em três momentos: os últimos séculos medievais, caracterizados como um período de liberdade e de verdade, que compreende principalmente o século XV e XVI²; o período de grandes internações, nos séculos XVII e XVIII, decorrentes da norma de produtividade que o capitalismo impunha, que também gerava desviantes a serem excluídos do espaço social; o período que entregou a loucura aos hospitais psiquiátricos dos séculos XIX e XX, ocasião em que a loucura adquire o estatuto de doença mental e de desvio social por não corresponder às expectativas que a vida moderna e o novo ordenamento social capitalista impunham. Contudo, outros autores apontam sobre a demonização da loucura no período da Santa Inquisição, que tomava o louco como alguém a serviço do mal e que deveria ser punido. Dessa forma, mesmo antes do período das grandes internações, ocorreram episódios de segregação da loucura³. Vale destacar, também, que na América há uma importância sobre o papel da Inquisição como ação repressora sobre as pessoas que eram vistas com comportamento estranho e que os loucos eram inseridos nesse processo.

² Entendendo que se trata de uma avaliação sobre essa época histórica a partir dos parâmetros atuais em relação à loucura e isto, por si só, torna essa avaliação frágil.

³ Alguns loucos eram protegidos pelas suas famílias, outros eram acorrentados, outros exorcizados, outros queimados (bruxos).

1.1.1. O Hospital Geral e os asilos

Os séculos XVII e XVIII marcaram um período onde ocorreram muitas internações, na França pelos Hospitais Gerais, na Alemanha e Inglaterra pelas Casas de Correção, ambos funcionando como casas de internamentos maciços. Foucault nomeia este período como ‘A grande internação’. E eram tantas que houve um momento em que a cidade de Paris teve um habitante em cada cem enclausurado por alguns meses num desses hospitais. Um destaque importante é que a cidade de Paris emitiu - em 1656 - um decreto de fundação do Hospital Geral. Entretanto, este não era um estabelecimento médico, sim uma instância da ordem monárquica e burguesa, com forte participação também da Igreja. Os antigos leprosários foram aproveitados e transformados em espaços de internação, por forças eclesiásticas ou decretos reais, incorporando os ritos de assistência aos pobres como necessidade de ordenamento social e exercício da espiritualidade. E a Inglaterra e a Alemanha também vivenciaram experiências similares, pois, com a Reforma Protestante, transformaram diversos mosteiros e conventos em hospitais. Portanto, o Hospital Geral se tornou o local para onde eram mandados todos aqueles que não se enquadravam no ordenamento social, que por sua vez estava totalmente marcado pelo imperativo do trabalho. Por meio de cartas régias e/ou prisões arbitrárias, todo tipo de marginalizados, dentre eles os loucos, são recolhidos no hospital (Foucault, 2014).

O Hospital Geral era o destino de todo tipo de miséria e pobreza, mesclando o desejo de ajudar com a necessidade de punir, pois miséria e pobreza eram tidas como marcas de castigo. Os internos eram todos os pobres e ociosos: devassos, alquimistas, suicidas, blasfemadores, portadores de doenças venéreas, libertinos de toda espécie e, pelo viés de incapacidade para o trabalho, os loucos. O internamento tinha estatuto de ato policial, não tinha qualquer preocupação com a cura, pois estas pessoas não eram vistas como doentes. Pelo hospital os miseráveis poderiam ser abrigados e alimentados, mas deveriam aceitar a coação física e moral imposta pela situação do internamento. Em 1606 os mendigos de Paris foram chicoteados em praça pública e expulsos da cidade e em 1656 o hospital geral é inaugurado como o espaço social ao qual os excluídos sociais deveriam ser destinados e assistidos pela sociedade e pelo Estado. Em maio de 1657 os mendigos são caçados e mandados para o hospital e, quatro anos depois, os hospitais parisienses alojavam no total entre 5000 e 6000 pessoas (Foucault, 2014).

É importante pensar aqui sobre a relação que a sociedade fazia com a pobreza: com o catolicismo esta era alvo da benevolência cristã e o protestantismo trouxe mudanças

significativas na relação da sociedade com a pobreza e com o trabalho. Max Weber (2004) relaciona a ascensão do capitalismo à ascensão protestante, que caracterizava o trabalho como finalidade de vida e meio de promover a glória de Deus na Terra. Dentro dessa perspectiva, ganhar somente o necessário para a sobrevivência não era o bastante para um eleito de Deus, que também precisava ser abençoado pelo sucesso no trabalho. A Reforma Protestante retira a ascensão dos mosteiros e a introduz em cada professante de sua fé, através de uma vida ordenada pela moral, que desvalorizava os prazeres carnavais e do ócio e valorizava o trabalho contínuo, sem descanso e sistemático. O eleito receberia um chamado de Deus e deveria entregar-se à sua vocação para o trabalho e para o lucro. O trabalho, a sobriedade e a ordem eram meios de responder ao chamado de Deus e qualquer desvio dessa norma era tomado como desperdício de tempo e de dinheiro. Portanto, foi este “espírito” capitalista, possibilitado pela emergência do protestantismo, que trouxe uma mudança radical na relação da sociedade burguesa com os pobres.

No período medieval, onde havia a imposição do catolicismo como religião predominante, o pobre tinha o papel de suscitar e caridade cristã e oferecer a ambos - ao pobre e ao cristão - a possibilidade de salvação: ao pobre pela benevolência divina, ao cristão pelo exercício da caridade. A Reforma Protestante levou a uma laicização das obras e a um novo olhar sobre a miséria. A pobreza era vista como desordem e precisava ser suprimida, por isso as instituições de internamento, onde o pobre poderia ser assistido pela sociedade e pelo Estado, tendo como contrapartida sua submissão ao trabalho. O Catolicismo também passou a dar importância no que as obras de caridade poderiam contribuir para o ordenamento social e, por isso, aprovou a grande internação, tornando-se responsável por diversos hospitais. O Hospital Geral assumiu a função de impor a moral do trabalho, onde o bom pobre a ela se submetia, aceitando o internamento; já o mal pobre se rebelava, se queixando da internação e da coação recebida e, justamente por isso, sendo merecedor daquele local de internação, como meio de punição. E a loucura foi colocada dentro dos muros do hospital, ao lado de todos os pobres (Foucault, 2014).

A Europa enfrentou intensa crise econômica no século XVII, com desemprego, escassez de moeda, diminuição de salários e uma grande massa de miseráveis. Em 1630, Londres criou casas de correção para punir todos aqueles que viviam na ociosidade e na libertinagem. Por muito tempo as casas de correção e os hospitais serviram como locais para retirada da pobreza da cidade. Sempre que havia uma crise econômica, o número de pobres internados aumentava. Fora da crise, o internamento servia como meio de dar trabalho aos que

estavam presos. Portanto, estes poderiam estar submetidos à moral do trabalho e, em contrapartida, serviam como mão de obra barata ao processo de industrialização⁴ que se implantava. Entretanto, quando as casas de internamento absorviam os desempregados e os submetiam ao trabalho obrigatório, acabava sendo gerado mais desemprego, o que levou ao enfraquecimento dessas instituições no século XIX. As que se mantiveram foram destinadas aos loucos, que passaram a ser submetidos a um trabalho inútil e sem proveito, que não tinha mais a função de ser produtivo para o capitalismo, sim de castigar e corrigir a falha moral da alienação mental (Foucault, 2014).

Portanto, neste período de grandes internações, a loucura foi apropriada como desordem social e perigo para o Estado e, ao final do século XVIII, alguns comportamentos desviantes passaram a ser associados à loucura, como a sexualidade fora da norma, a alquimia, as práticas de profanação, devassidão, comportamento libidinoso e, assim, intensificando o número de internações. Todo tipo de conflito entre o indivíduo e sua família era tomado como um problema de ordem pública, logo o Estado tinha o poder de punir com a internação. O hospital usava da coação e punição para livrar o espaço social de todo tipo de desordem. Os suicidas, por exemplo, eram internados e submetidos à jaula de vime, onde ficavam com as mãos amarradas, como corretivo e como um meio de se evitar nova tentativa. Dessa maneira, toda forma de libertinagem estava associada à insanidade, o que justificava tomar a internação como uma medida (Foucault, 2014). “A prática do internamento e a existência do homem que será internado não são mais separáveis. Elas se exigem uma à outra por uma espécie de fascínio recíproco que suscita o movimento próprio da existência correcional...” (FOUCAULT, 2014, p. 108). Era como se o louco tivesse nascido para o hospital e este, por sua vez, dependesse do louco para exercer seu poder coercitivo.

Os séculos XVI, XVII e XVIII marcam o período do classicismo⁵, onde moral e disciplina eram valores sociais importantes. Nesse período, os loucos não eram vistos de maneira uniforme, mesclavam características de alguém que ia “mal do espírito”, pobre ou criminoso. Dessa forma, eles eram tratados como prisioneiros de polícia. No Hospital Geral havia apenas um médico, que não tinha a função de promover a terapêutica a todos os internos, sim de tratar os internados que adoecessem, pois a loucura não o caracterizava como doente, mas as condições do internamento poderiam adoecê-lo. Era comum, por exemplo, a “febre das

⁴ Processo histórico e social em que, particularmente na França e Inglaterra, a indústria se torna o principal meio de produção social e econômica, ocorrido a partir de meados do século XVIII.

⁵ Caracterizado como momento de queda do feudalismo, de expansão marítima, de desenvolvimento do capitalismo e de retorno aos valores da Antiguidade Clássica (com ênfase na poesia, retomada da mitologia pagã e busca da perfeição estética).

prisões”. Portanto, estar internado no Hospital Geral ou nas Casas de Correção não significava estar submetido a um tratamento médico, sim a um regime de correção e castigo. Uma pequena parcela de loucos foi tratada com cuidados costumeiros da época: sangria, banhos, purgações, porém fora do Hospital Geral, pois essas pessoas ficavam em locais próprios aos alienados, que existiam desde a Idade Média, sendo provavelmente utilizados por aqueles que tinham condições sociais melhores (Foucault, 2014).

Como dito, a prática do internamento nos Hospitais Gerais e nas Casas de Correção não se pautava por uma decisão médica. Na Inglaterra, ocorriam por decisão do juiz de paz. Na França, se davam por sentença do tribunal, decorrente de pedidos da polícia, dos religiosos e da família e, a partir de 1692, também poderia ocorrer por carta régia outorgada pelo rei. Essas sentenças eram subsidiadas por depoimentos da família, da vizinhança, da paróquia, e não pela avaliação de um médico. Em 1784 passa a ser indicado que o internamento ocorresse após o procedimento jurídico da interdição, mantendo-se como assunto a ser resolvido entre as famílias e a autoridade judiciária. Dessa forma, vê-se que foi o pensamento político e moral do classicismo que constituiu a ideia do louco como incapaz e como perturbador da ordem social. Essa foi a construção do lugar que possibilitou, posteriormente, a ideia de “doença mental” e de loucura como incapacidade (Foucault, 2014).

O século XVIII traz transformações para o lugar social da loucura e as práticas de internamento. Nos dois séculos anteriores, a Europa vivenciou crises econômicas e o internamento da pobreza foi a resposta tomada como meio de intervir, através de uma política assistencialista e de repressão do desemprego, isto é, abriram-se diversas casas de internamento onde os pobres e miseráveis eram depositados, ora para serem assistidos pela caridade, ora para serem submetidos ao ordenamento moral do trabalho. Foi a partir de 1770 que houve um recuo na prática do internamento como resposta aos tempos de crise. A nova lógica era absorver os pobres sadios como mão de obra barata, pois a política de salários baixos poderia reintegrá-los no mundo da riqueza. Dessa forma, o trabalho não seria mais por coação, mas em plena liberdade, servindo à ordem econômica. Diante disso, a assistência do Estado ao pobre iria se recair para o pobre doente. De 1780 a 1793 foram tomadas medidas de reorganização das práticas de internamento, objetivando destiná-lo apenas aos loucos e aos criminosos (Foucault, 2014).

Em março de 1784, através da ‘Circular aos Intendentes’, foi solicitado que se informasse a natureza das ordens de detenção nas diversas casas de internamento, e em que elas se justificavam, devendo ser mantido em reclusão apenas os alienados incapazes de estar na

sociedade ou os perigosos. Assim, a prática do internamento não iria mais se deter aos conflitos familiares ou às questões da libertinagem, sim aos loucos. A Assembleia Nacional Constituinte da França Revolucionária aprovou em 26 de agosto de 1789 a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, na qual se proclamava as liberdades e os direitos fundamentais do homem e determinava no sétimo artigo que ninguém poderia ser acusado, preso ou detido sem predeterminação da lei, ou seja, a prisão não poderia mais ocorrer por arbitrariedade judicial ou de qualquer outra ordem. Por fim, em março de 1790, é baixada uma série de decretos, visando pôr em liberdade todas as pessoas detidas em todo tipo de casa de internamento ou prisões, mantendo-se somente os loucos e os justicáveis, que seriam interrogados pelos juizes e, caso necessário, visitados por um médico que faria um parecer sobre os doentes e estes seriam tratados em hospitais liberados logo após o cumprimento de sua sentença. Entretanto, colocar esta lei em prática não foi fácil e a desordem continuou nos hospitais que foram destinados a receber os loucos (Foucault, 2014).

Portanto, se eram mantidos os loucos perigosos, tinha-se por conclusão que eles deveriam ser acorrentados e, assim, passou a ser prática comum do hospital acorrentar os seus loucos sob a justificativa de que isso era necessário para evitar os riscos que eles poderiam submeter a outrem e a si mesmos.

1.1.2. Rompendo as correntes: a medicalização da loucura

Surge um novo tempo, em que ares de liberdade são conclamados para a sociedade e, assim, não mais seria possível admitir maus tratos ou tortura a seres humanos. Seria preciso, portanto, construir um novo modo de lidar com a loucura. Se a loucura era fruto da desrazão e da desordem moral, era preciso um meio de trazer de volta o insano ao domínio da razão e de aproximá-lo dos princípios morais exigidos pela sociedade.

Resende (2000) traz um importante ponto de vista sobre o período de grandes internações nos hospitais gerais da Europa. Ele diz que as ideias do iluminismo, os princípios da Revolução Francesa e a declaração dos direitos do homem nos Estados Unidos, impulsionaram o movimento contra as internações arbitrárias dos doentes mentais, que se reduziam ao isolamento em celas e a práticas de tortura. Assim, o final do século XVIII traz novos ares para a assistência à loucura com Pinel na França, Tuke na Inglaterra, Chiaruggi na Itália, Todd nos Estados Unidos, entre outros. São esses movimentos que formam o conjunto do que se chama de tratamento moral, propulsionado a partir da entrega da assistência aos

loucos aos hospitais psiquiátricos, isto é, os asilos, de modo que eles recebessem um cuidado sistemático e humanitário. Por sua vez, Pinel descartou que a etiologia das doenças mentais estivesse relacionada a lesões orgânicas. E, além disso, descartou métodos baseados em sangrias, purgações e recomendava apenas um regime moral que incidiria sobre a mente doente.

Na França, há o mito de Pinel rompendo com as correntes dos loucos de Bicêtre, em 1793, hospital que tinha sido construído como “casa dos pobres”, onde se encontravam misturados indigentes, velhos, condenados, prisioneiros políticos e loucos, mas que havia se tornado, desde a Revolução Francesa, o principal destino para internação dos insanos. Desde a lei de 1790, que decretava que os internados fossem postos em liberdade, o Bicêtre recebia os loucos libertados das demais casas de internamento, tendo como diferencial a tentativa de cura através da introdução da função médica. Pinel assume essa função em 25 de agosto de 1793, e se incumbiu de identificar a loucura e lhe impor um novo modo de tratamento, fundamentado na função médica. Para isso, libertou os loucos das correntes e criou estratégias para domar a loucura através da autoridade do médico, da moral, da disciplina e obediência. A loucura não era mais controlada pela violência ou coação, mas sim domada por figuras cristalizadas da razão. “Pinel é o símbolo da ‘boa liberdade’, aquela que, libertando os mais violentos, doma suas paixões e os introduz no mundo calmo das virtudes tradicionais.” (FOUCAULT, 2014, p. 475) Este é um importante ponto que demarca o nascimento do asilo. Nele é desenvolvida, assim, a ciência das doenças mentais, através da observação, classificação e do tratamento moral (Foucault, 2014).

O asilo incorpora a continuidade da moral social, transmitindo os valores de família, trabalho e de virtudes, que irão operar na cura do insano. O asilo incide sobre as diferenças, reprime os vícios, extingue as irregularidades e denuncia tudo o que se opõe às virtudes da sociedade. Sua função é estender rigorosamente o reino homogêneo da moral. Assim, toda a vida dos loucos, a vigilância imposta a eles pelos médicos e outros agentes institucionais são organizadas de modo que a moral se efetue, pelos seguintes meios: o silêncio, o reconhecimento da loucura, o julgamento perpétuo e a elevação da figura do médico. Ou seja, a coação física é substituída pela solidão, pela humilhação de reconhecer-se como louco, pela interiorização de um julgamento eterno e pela autoridade e domínio do médico, que é parte de uma intensa tarefa moral realizada no espaço do asilo e asseguradora da cura da loucura (Foucault, 2014).

Paralelo a isso, na Inglaterra nasce em 1792 a ideia de um Retiro de York, instituição que receberia os doentes mentais para um tratamento fundamentado na moral religiosa e do trabalho, abolindo também a coerção física. Instituição essa dirigida por um grupo de religiosos

protestantes, os Quacres, que fundaram a Sociedade Religiosa dos Amigos e se envolveram com diversas questões sociais, inclusive as relacionadas aos cuidados e assistência a ser dada aos insensatos. Propunham que o Retiro fosse uma casa de campo com o ar sadio e livre da fumaça das cidades industriais, onde se praticava a agricultura e a criação de animais, o exercício ao ar livre, a jardinagem, pretendendo ser uma grande família paternal, dos doentes sob a autoridade dos diretores e da administração, em relações rigorosamente estabelecidas pela moral e disciplina. Supõe-se, assim, que desapareceria do espírito alienado todos os artifícios e perturbações da sociedade, pois se entendia que a loucura era uma doença oriunda da sociedade: emoções, incertezas, agitação, alimentação artificial, etc. A moral religiosa colocava o insano em debate consigo mesmo e com seu meio, onde toda manifestação da loucura era ligada a um castigo, delimitando o louco como responsável por seus atos insanos (Foucault, 2014).

O trabalho assumiria a função de regra moral pura, através da regularidade das horas, a exigência da atenção, a obrigatoriedade de se chegar a um resultado, a submissão à ordem, o engajamento da responsabilidade, isto é, exprimia uma coação superior à coação física, através do olhar dos vigilantes. O trabalho mecânico rigorosamente executado era tido como garantia da manutenção da saúde, do bom comportamento e da ordem. Ocorria a partir da submissão à autoridade do médico e dos vigilantes, que não utilizavam qualquer instrumento de coação, apenas o olhar e as palavras de ordem, além de um sistema de castigos e recompensas (Foucault, 2014).

Portanto, as casas de internamento transformam-se em asilos, onde a medicina apropria-se da loucura como seu objeto de conhecimento. No fim do século XVIII entendia-se a loucura como erro enraizado na imaginação e que, quanto mais o louco era coagido, mais sua imaginação era degradada. Por isso a ideia de libertar os loucos do aprisionamento. Assim, manteve-se a prática do internamento, mas aboliu-se o uso de coerções físicas, como as correntes que prendiam os internos e, dessa forma, este seria o meio de organizar a liberdade, conduzindo a loucura à razão. Já no século XIX a loucura passa a ser entendida como o efeito psicológico de uma falta moral e é construída uma ciência sobre a loucura, que pretende dizer aquilo que ela é, entendendo-a como uma doença. Assim nasce a Psiquiatria e outras ciências objetivas do homem, como a psicologia (Fraize-Pereira, 2008). Com isso, os loucos eram colocados no mesmo espaço para que se pudesse observá-los e conhecer, descrever e classificar sua patologia. E Pinel teve importante participação nisso, pois inscreveu as alienações na nosologia médica e esquadrinhou o espaço do hospital. Podemos dizer que os loucos eram libertos das correntes, mas ainda ficavam circunscritos ao espaço hospitalar (Amarante, 2016).

Tomando a loucura como doença, entende-se que ela precisa de um especialista, isto é, alguém que profere um discurso específico e competente sobre ela. Com a racionalização do mundo e da ciência, cada vez mais a loucura foi destinada a um espaço de exclusão, explicada por teorias diversas, algumas com ênfases biológicas, outras psicodinâmicas. Entretanto, vale-se destacar que a instituição psiquiátrica foi tomada por muitos anos como principal meio de tratamento da loucura justamente pela Psiquiatria ter sido instituída em determinado período da história como o saber sobre ela. Dessa forma, a loucura sofre um processo de exclusão que se intensifica a partir da tomada dela como doença, marcada pela noção de desvio de conduta. Assim, a loucura demarca uma experiência selvagem, que invalida a possibilidade de inserção do indivíduo nos valores da sociedade burguesa (Fraize-Pereira, 2008).

No século XIX a clínica médica se fundamenta na anatomopatologia e na prática hospitalar para estabelecer correlação entre os sintomas patológicos e a lesão orgânica. Entretanto, o mesmo não ocorre com a psiquiatria, onde o principal objetivo é saber se o sujeito está ou não insano, se deve ou não ser submetido à internação psiquiátrica. Portanto, o asilo psiquiátrico ocupava um lugar central no tratamento moral, visto que, apesar de Pinel formular uma nosografia científica de patologias mentais, na psiquiatria o que realmente interessava era saber se o indivíduo estava ou não louco, se deveria ou não ser internado no asilo. Ou seja, o diagnóstico em psiquiatria era um diagnóstico absoluto, tendo como principal técnica de intervenção o interrogatório psiquiátrico, que era um meio de construir uma prova da existência da loucura, procurar informações que indicassem um comportamento anormal, ou sinais anunciadores da loucura (Caponi, 2014).

Pinel entendia que os fatores causais da alienação mental eram múltiplos, como situações sociais, fisiológicas, hereditárias, emocionais: a educação que se recebia quando criança, a dinâmica familiar, modos de vida irregulares (como os vícios, por exemplo), as paixões (como a cólera, a dor, a inveja, o ciúme, dentre outros), o furor religioso, golpes na cabeça. O olhar de Pinel se incidia sobre as dificuldades cotidianas encontradas nos vínculos sociais ou morais, depositando no tratamento moral que ocorria no asilo a possibilidade de domínio das paixões exaltadas, como também de se redirecionar no caminho da razão. Além disso, o isolamento da internação possibilitava um distanciamento dos fatores causadores da alienação mental (Caponi, 2014). “O asilo psiquiátrico será esse lugar onde a vontade perturbada, as condutas indesejadas, as paixões pervertidas se defrontam com a retidão moral representada pela figura do alienista” (CAPONI, 2014, p. 42).

O tratamento moral de Pinel exigia uma distinção binária entre normalidade e loucura e todas as formas patológicas da alienação mental (mania, melancolia, demência e idiotismo) tinham sua origem do mesmo conjunto de causas e possuíam os mesmos traços característicos de toda loucura: alterações das funções intelectuais, lesões da vontade e a persistência de um mínimo de razão, que por sua vez possibilitava o tratamento moral. Pinel propõe a descrição dos comportamentos, gestos e características apresentados pelos internos dos asilos, ou seja, dados e observações empíricas que iriam caracterizar desvios da inteligência e da vontade, gerando a hipótese de doença mental. O tratamento moral seria a terapêutica necessária para a necessidade de isolamento do alienado de sua família, que inferia uma repressão enérgica, capaz de frear os impulsos insanos, paralela a uma vigilância rigorosa sobre o comportamento. Portanto, a psiquiatria de Pinel não estava interessada no interior do corpo, nem nas lesões de órgãos, sim na conduta moral e no comportamento: eram os gestos e os movimentos que importavam. E o interrogatório do psiquiatra buscava compreender a trama que se enredava em torno da doença para determinar a espécie de alienação e seu prognóstico. Se a alienação mental tinha relação com problemas domésticos, poderia ser revertida pelo isolamento. Porém se estava atrelada às paixões mais intensas, o tempo de tratamento deveria ser maior. De qualquer modo, o tratamento moral tinha como objetivo a concentração na figura do alienista para o domínio das paixões e submissão à voz da razão. Ou seja, os alienados eram submetidos a um poder disciplinar do qual interiorizavam as normas e as condutas socialmente desejadas (Caponi, 2014).

Estar alienado significava perder a consciência de si e das coisas, mas não significava a perda absoluta da razão e, por isso, seria possível resgatar algo de humano no insano, reconstituindo sua moral. Como as causas da loucura eram de ordem moral, seria possível tratá-la reeducando a mente alienada. Inicialmente, o tratamento moral se dava pelo próprio regime disciplinar do asilo e, posteriormente, lhe é acrescentado o trabalho (Amarante, 2016). Enfim, o tratamento moral de Pinel implicava a criação de estratégias para dominar as paixões e recuperar a razão, isto é, restituir a normalidade perdida e o senhor da loucura, aquele que a apazigua e a domina, impondo a disciplina e normalizando os comportamentos, é a figura do médico alienista. O tratamento moral exigia uma reorganização interna na distribuição dos doentes no espaço do asilo e um extremo controle do tempo para a realização das atividades, maneiras de se controlar, ao mesmo tempo, o corpo e a alma (Caponi, 2014).

O restabelecimento da razão seria possível através da intervenção nos pequenos momentos de lucidez dos loucos internados, onde a autoridade do asilo – um guarda, um

administrador ou um médico – estimularia no paciente uma elaboração racional capaz de suplantar o pensamento delirante. Essa autoridade ficaria num centro geral do asilo, de onde seria capaz de decidir o modo de organização do serviço, a imposição da disciplina e o restabelecimento da ordem, tanto do asilo quanto da mente de cada alienado. Entretanto, toda essa estrutura estaria submetida a autoridade maior do psiquiatra. Dessa forma, para dominar a loucura, recuperando a razão perdida e moderando as paixões, era necessário impor poder e disciplina sobre os corpos dos insanos, através da vigilância permanente, do encarceramento (isolamento) e das punições, ou seja, as intervenções sobre o corpo eram o meio de torná-los dóceis, normalizando seus comportamentos e paixões. Portanto, Pinel estava criando uma ciência sobre a loucura, que não acompanhava a evolução da medicina clínica e que abolia toda prática asilar anterior. Para ele, o surgimento da alienação mental estava desvinculado da ideia de lesão cerebral e muito mais próximo de paixões exageradas e de desvios de conduta (Caponi, 2014).

Esquirol, alienista que seguiu os passos de Pinel, também entendia a alienação como um desequilíbrio causado pelos fatores externos e propunha o isolamento e o tratamento moral como principal terapêutica, em que seriam necessários a dedicação e o esforço do médico para observar cada caso. Por fim, o tratamento moral apresentou resultados práticos, em que as pessoas eram internadas e melhoravam da doença. Entretanto, os asilos começaram a ficar abarrotados de gente, não sendo possível a observação permanente e contínua de cada caso. Os asilos chegaram a ter cerca de 500 alienados por médico, o que fez com que o tratamento moral fosse perdendo sua eficácia (Amarante, 2016). Sendo assim, em meados do século XIX a teoria do tratamento moral foi perdendo terreno, pois a crescente demanda social era a de excluir os perturbadores da ordem social, o que enchia os hospitais psiquiátricos e tirava todas as perspectivas de cura da doença mental, já que ficava cada vez mais difícil de obter os resultados apregoados pelo tratamento moral. Outro fator foi a expansão das teorias da anatomopatologia e o interesse da neurologia pelas doenças mentais, sob o enfoque de suas teorias hereditárias. Com isso, o olhar sobre a doença mental passa a ser outro (Resende, 2000).

Um dos responsáveis por esta mudança de perspectiva sobre a doença mental foi Jean Pierre Cabanis e os seus estudos influenciaram o pensamento de Pinel, principalmente no que tange a moralidade: aquilo que se desenvolve no domínio dos comportamentos, das vontades, das paixões. Porém, havia diferenças no pensamento de ambos sobre o saber médico, pois Cabanis se detém sobre a origem cerebral das afeições morais. Enquanto Pinel não entende a loucura como redutível a disfunções do cérebro, Cabanis entende que o pensamento é

inteiramente redutível a funções cerebrais e é assim que esses autores se distanciam, pois ambos são contemporâneos e faziam parte do grupo de ideólogos franceses que influenciaram a construção da psiquiatria. Cabanis atribui ao cérebro e ao sistema nervoso uma importância na produção dos pensamentos e na determinação da moralidade. Seus estudos possibilitam que, mais tarde, sejam pensadas explicações biológicas para os comportamentos e para as doenças mentais, pois faz uma relação entre as dimensões físicas e morais do humano, abrindo espaço para o surgimento da problemática da degeneração no saber médico (Caponi, 2014).

Outro diferencial nas teorizações de Cabanis está nos estudos sobre a influência do clima sobre a moral humana. Para ele, há um processo progressivo de degradação dos indivíduos e das sociedades quando submetidos a temperaturas extremas, por efeito do calor e da umidade, pois ocorre uma diminuição das faculdades mentais e das forças dedicadas ao trabalho, além da maior probabilidade de se adquirir doenças físicas. Dessa forma, concebe que o homem habitante de regiões temperadas se caracteriza pelo perfeito equilíbrio dos órgãos e dos temperamentos, sendo os efeitos do excessivo frio ou calor degradante para o organismo. Entende-se, assim, que existem raças mais distantes do temperamento exemplar, por causa do clima, da alimentação e das enfermidades em que estão submetidas, do desequilíbrio entre seus órgãos e temperamentos, e que “é nos climas temperados, em que há terras regadas por água pura, vinhas e árvores frutíferas, que se desenvolvem os indivíduos e as raças com temperamentos felizes” (CAPONI, 2014, p. 65).

Porém, para Cabanis, o que se degenera não são os sujeitos, sim os órgãos, os sistemas de órgãos, os tecidos e os fluídos do corpo. Ele está preocupado com o que ocorre no interior do organismo e a partir disso busca compreender a degradação das faculdades mentais e morais. Para ele é necessário que haja uma simetria entre os órgãos, pois a desproporção entre eles produz desequilíbrios físicos e morais e o cérebro, também estudado enquanto um órgão, irá desempenhar um importante papel na determinação das características morais porque é o responsável pelo pensamento e pela vontade. Sendo o cérebro a sede da moral e dos temperamentos, estes também exerceriam influência sobre o organismo físico (Caponi, 2014).

Houve um aumento crescente de alienados internados nos asilos a partir da segunda metade do século XIX e o tratamento moral parecia ser insuficiente para dar conta das patologias mentais, pois exigia uma observação continuada do comportamento do doente e uma intervenção sobre ele, que o traria de volta à razão. Com os asilos lotados o tratamento moral não era praticável. Junto a isso, surge nesse período a teoria da degeneração de Morel, como uma tentativa de dar conta da classificação e terapêutica das doenças mentais. Morel propunha

que a classificação não ocorresse sobre a sintomatologia e manifestações corporais, mas sim sobre a etiologia, buscando determinar as causas, além de criar uma rede classificatória de nosologias e uma terapêutica apropriada para cada tipo de doença mental. Morel dá ênfase à herança genética como propulsora dos processos de degeneração, mas entende que as influências mórbidas são de ordem física e moral. Entendia a alienação mental como um estado avançado de degeneração e via os asilos como concentração das principais degenerações humanas. Achava possível rastrear as causas etiológicas e determinantes de cada doente mental asilado, mas não achava ser possível falar de cura ou recuperação, pois via aqueles sujeitos como condenados pela sucessão de degenerações herdadas por famílias afetadas pelas mais diversas patologias (Caponi, 2014).

Mas, ainda assim, Morel via o internamento asilar como a melhor terapêutica a ser oferecida aos degenerados mentais, isso porque não via o asilo como um espaço de cura, sim como uma profilaxia, que intervia sobre o entorno social do doente. Entendia o confinamento dos enfermos mentais como meio de evitar danos à família e à sociedade e o tratamento moral como regras de higiene moral destinadas não só aos alienados, mas a população em geral, como meio profilático (Caponi, 2014). Portanto, o asilamento continuava sendo utilizado, pois entendia-se que por ele seria possível prevenir o surgimento de novos degenerados. Vale destacar que Morel entendia que as degenerações tinham um potencial hereditário, ou seja, sofriam a influência de fatores como intoxicações, influências do meio social, temperamentos mórbidos, que agiriam no padrão genético do indivíduo e gerariam a degenerescência. Daí a necessidade de preveni-la com o asilamento dos insanos e loucos (Amarante, 2016).

Mais tarde surge Emil Kraepelin, quem renovou a psiquiatria moderna a partir de um novo modo de classificar as patologias psiquiátricas, mas mantendo a ideia de degeneração hereditária que seria integrada a um quadro nosológico científico. Kraepelin gostava de utilizar estudos estatísticos e comparativos e também destaca o grande aumento de doentes mentais internos em instituições asilares como um problema para a psiquiatria. Correlacionava as condições da vida moderna à doença mental, mas tinha como objetivo principal compreender as alterações biológicas que as causavam. Portanto, tinha preocupação em estabelecer correlações entre a enfermidade mental e os fatores sociais, entendendo que estes produziam alterações biológicas que debilitavam os corpos e degeneravam as famílias e as raças. Mas que, para isso ocorrer, seria necessária uma constituição biológica já deficitária, pois entendia que os fatores sociais se correlacionavam com as patologias mentais sendo mediado por fenômenos biológicos, isto é, eram estes que prevaleciam. Para isso, se baseava em estudos estatísticos que

estabeleciam correlação entre as patologias psiquiátricas e determinados fatores sociais, procurando definir o fenômeno da degeneração e dar legitimidade científica às suas teorias (Caponi, 2014).

Kraepelin é considerado o pai da psiquiatria moderna, pois fundou um novo método de classificação das doenças mentais, dando grande importância à nosologia (estudo e classificação das doenças) e a etiologia (estudo da causa das doenças), pensando em todo o ciclo de evolução das doenças. Ele introduz a noção de anormalidade a partir da observação do curso natural das perturbações mórbidas e da investigação das determinações hereditárias e, assim, apropriando o saber médico de tudo aquilo que é percebido como não normal. Seu pensamento até hoje influencia a prática da psiquiatria (Amarante, 2016).

Portanto, desde Pinel a medicina vem se apropriando da loucura e, com isso, vem executando o poder de definir o destino daqueles que ‘enlouquecem’ ou passam por algum tipo de sofrimento psíquico. Seja pelos asilos, seja por métodos mais modernos e “aceitáveis” como, por exemplo, as medicações, a psiquiatria vem demandando a loucura e o sofrimento mental, silenciando-os, tornando-os dóceis à sociedade, tendo o hospital psiquiátrico e a psicofarmacologia como terapêutica central à loucura. Não significa que em momento algum seja necessário lançar mão desses recursos psiquiátricos no tratamento do sofrimento psíquico, visto que esses podem ser necessários – tanto as medicações, como até mesmo uma internação psiquiátrica. Contudo, quando se tornam as principais ou únicas intervenções de tratamento, tem-se a anulação do sujeito e unicamente a doença como ponto de intervenção médica.

1.2. A assistência psiquiátrica no Brasil e o modelo dos hospitais colônia

Tal como na Europa, no Brasil também aconteceu a criação de instituições para dar conta da loucura, todavia somente no século XIX. Até então aos loucos pobres era permitido que circulassem pelas ruas, desde que estes não fossem violentos, e as famílias mais ricas mantinham seus loucos escondidos na própria casa. Caso ele se tornasse violento, era recolhido às cadeias públicas, se fosse pobre e, do contrário, era mantido amarrado e contido em casa. As Santas Casas de Misericórdia também recebiam este tipo de clientela, mas não era expressiva a quantidade de loucos institucionalizados. Até então não havia uma instituição específica de assistência à loucura no Brasil, não por ausência de loucos, mas porque estes eram absorvidos no próprio espaço social em que viviam. A situação social do país muito contribuiu para isso, pois o Brasil não vivenciava o impacto da Revolução Industrial e nem vivia um processo

expressivo de urbanização, com sua economia ainda voltada para atividades rurais (Resende, 2000).

Amarante (1982) também destaca que quem pôde assistir o que ocorria na época relatou que os loucos eram recolhidos nas ruas e levados para os porões da Santa Casa de Misericórdia e os mais agitados e incontroláveis eram levados para as prisões e casas de correção. Nesses locais, eles sofriam maus tratos, eram punidos com castigos, tal como já se fizera com os escravos deste país. Outro local que os recebia era o Asilo de Mendicidade, com suas celas imundas e apertadas. É por este cenário citado que no Brasil foi lançada a bandeira “Aos loucos o hospício”, pela Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro: era um pedido de que houvesse uma intervenção médica sobre a loucura, ou seja, de que ela fosse tratada como doença. Este foi o primeiro passo para a construção da medicina social no país, através da constituição de uma política assistencial psiquiátrica. Este autor destaca também que no relatório da Comissão de Salubridade da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1830, foi lançada a primeira referência da loucura como “doença mental⁶”.

Assim, enquanto na Europa a assistência aos alienados mentais acontecia segundo os princípios do tratamento moral, no Brasil os alienados mentais, até a segunda metade do século XIX, não recebiam nenhuma assistência específica, viviam perambulando pelas ruas e só eram encarcerados caso causassem alguma perturbação da ordem pública. E a partir de 1830 começou a haver um movimento de médicos higienistas em prol da construção de um hospício de alienados no Brasil, onde os loucos poderiam receber o tratamento adequado e estar em local arejado (Costa, 1980).

É importante lembrar que o Brasil era um país escravocrata⁷, onde a vida social era polarizada entre os senhores e proprietários versus a grande massa pobre e escrava. Nele o trabalho braçal e pesado sempre foi associado à mão de obra escrava, não ao homem livre, o que favorece o crescimento de indivíduos sem trabalho definido ou totalmente sem trabalho, que passam a ser associados à figura da vagabundagem, vadiagem e ociosidade; homens

⁶ O termo doença mental será utilizado neste texto ao se referir aos momentos anteriores à Reforma Psiquiátrica, pois representa o paradigma que existia sobre a loucura e, além disso, o questionamento em cima disso só aparece mesmo a partir do próprio movimento da reforma.

⁷ Para se ter uma ideia da dimensão que a escravidão tomou: “Se você somar a proporção de escravos do Rio com a de Niterói, você tem uma concentração urbana de escravos que não existiu em nenhum outro lugar no mundo, só no Império Romano. No Brasil, a escravidão também tinha essa característica urbana, em uma escala que não ocorreu nas Américas. A escravidão marcava as cidades. Em 1849, o Rio tinha 260 mil habitantes, 110 mil dos quais eram escravos. Isso dá 42% da população”. (Alencastro, 2018) Fonte: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-44091474> Nesta entrevista concedida a BBC Brasil, o professor e historiador Alencastro fala também que em 1882 o Império Brasileiro proibiu o voto do analfabeto, com a intenção de excluir os negros livres, mas que acabou excluindo também os brancos analfabetos, deixando ambos sem cidadania plena.

mestiços livres ou que deixaram de ser escravos, mas que não poderiam tornar-se proprietários, por não terem condições e nem serem aceitos como tal. Estes foram ficando fora do mercado de trabalho na zona rural e nas cidades e eram em grande parte pessoas não alfabetizadas. A eles restou entregar-se aos campos e viver do que era possível recolher na natureza ou refugiar-se junto aos senhores de terras e engenhos. Outra parte destes se entregou à vida criminosa nos espaços urbanos. É nessa leva de vadios e desordeiros que a loucura passa a incomodar nas cidades brasileiras. Portanto, a repressão à desordem, à mendicância e à ociosidade carrega consigo a questão da loucura, onde todos estes passam a ser recolhidos pelos hospitais e pelos cárceres (Resende, 2000).

A Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, em seu Semanário de Saúde Pública de Número 15, datado no dia 09 de abril de 1831, destaca na seção de ‘Socorros Públicos’ que o único hospital público do Rio de Janeiro não comportava a grande quantidade de doentes que recebia, além de não possuir boa estrutura e não ser um local arejado. A partir disso, argumentaram sobre o tratamento que os loucos recebiam, onde não havia o tratamento moral e psíquico: “Estamos persuadidos de que só tem faltado hum coração bemfazejo, e com bastante influencia para fazer sentir a necessidade de hum asilo de alienados nas visinhanças da Cidade, onde elles gosem de todas as commodidades, que exige o seu estado, e tratamento”. (SEMANÁRIO DE SAÚDE PÚBLICA, 1831. P. 03) Tal como apontado anteriormente, a função terapêutica do asilo estava relacionada ao princípio do isolamento do tratamento moral e, portanto, era necessário a implantação de uma instituição que pudesse exercer esta função.

A câmara municipal do Rio de Janeiro apoiou o movimento alienista e designou uma comissão para estudar a situação dos hospitais e das prisões, que culminou por reforçar a necessidade de construção de um hospício na cidade. A Santa Casa de Misericórdia absorveu esse projeto e ofereceu o terreno e a subsistência, para a tal. José Clemente Pereira, provedor da Santa Casa, enviou carta ao Ministro e Secretário de Estados dos Negócios de Império, obtendo total aceitação às suas solicitações (Amarante, 1982).

Somente dez anos depois é que o imperador Dom Pedro II assinou o decreto n. 82 para a fundação do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, que foi inaugurado apenas em 1852, recebendo o nome do imperador Pedro II. Entretanto, o hospício também estava sendo administrado pelos religiosos da Santa Casa de Misericórdia, passando a ser de responsabilidade do Estado somente em 1890, após a instauração da República, passando a ser chamado de Hospital Nacional dos Alienados. Neste contexto, em 1902 o médico Juliano

Moreira foi nomeado o novo diretor do Hospício Nacional dos Alienados⁸ e diretor geral da Assistência aos Alienados no Brasil. E em 1903 foi promulgada a primeira Lei Federal da Assistência aos Alienados, no intuito de reformulação da assistência psiquiátrica no Brasil, pois o hospital não estava nada diferente de uma casa de detenção para loucos, sem perspectiva de tratamento, disciplina e sem qualquer tipo de fiscalização. Porém, a psiquiatria se tornou prática médica autônoma somente a partir de 1912 e foi a partir disso que foram aumentando os estabelecimentos destinados aos alienados mentais (Costa, 1980).

Rey (2012) faz uma descrição do Hospício Pedro II no final do século XIX e cita que este admitia alienados brasileiros e estrangeiros que precisassem da assistência pública, separando internamente o tratamento que era dado aos pensionistas, que pagavam pelo seu tratamento, e aos indigentes, cuja internação era custeada pelo poder público. Destaca que somente os indigentes, os marinheiros dos navios mercantes e os escravos de proprietários que possuíam apenas um escravo eram admitidos gratuitamente. E que havia três classes de pensionistas, sendo que os de primeira e segunda classe ocupavam quartos com uma ou duas camas e tinham um refeitório especial, com a melhor dieta. Já os de terceira classe e os indigentes compartilhavam os mesmos dormitórios e refeitórios, com dieta inferior, que poderia ser substituída por alimentos mais simples: o pão, a carne e o arroz eram trocados por farinha de mandioca, carne seca e feijão, por serem alimentos mais baratos. Brasil (2008)⁹, descreve que os pacientes de primeira classe eram moradores da corte, brancos, cidadãos, fazendeiros, funcionários públicos – um número mais reduzido dos internos. Já os de segunda classe eram brancos, indivíduos livres, lavradores e pessoas com ofícios domésticos. A terceira classe comportava os escravos e pretos que pertencesse a algum senhor importante. Os grupos de maior status ficavam entretidos com jogos e pequenos trabalhos manuais. E os demais trabalhavam na manutenção, na jardinagem, na limpeza, na cozinha e acabavam se recuperando em maior número do que os que ficavam paralisados pelo ócio.

Amarante (1982) destaca que desde a fundação do Hospício Dom Pedro II os alienistas dirigiam críticas sobre ele, justamente pela ausência de medicalização nas condutas do local. João Carlos Teixeira Brandão¹⁰ foi uma importante figura desse enredo, que surgiu no final do século XIX. Debateu na Câmara dos Deputados e no Senado a sua luta pela assistência psiquiátrica e pela transmissão do seu ensino. Ele assumiu a liderança do movimento alienista

⁸ Em 1927 passou a se chamar Hospital Nacional de Psicopatas.

⁹ Escrito pelo psiquiatra Edmar de Oliveira.

¹⁰ Primeiro diretor do Hospício Nacional dos Alienados, também da Assistência Médico-Legal aos Alienados do Rio de Janeiro e, ainda, titular da cátedra de Psiquiatria da Faculdade de Medicina.

de reforma do hospício e propôs alternativas para a maior medicalização do Pedro II. A partir de 1886 utilizou da Imprensa Nacional para publicar uma série de artigos com críticas dirigidas ao projeto do hospício e ao Barão de Cotegipe, provedor da Santa Casa. Dentre as críticas, Teixeira Brandão apontava que o hospício não seguia as determinações científicas quanto à separação das moléstias e não realizava empreendimentos terapêuticos, além das críticas quanto à construção do prédio, escolha do local e administração exercida pela Santa Casa. Em suma, dizia que o hospício estava fora dos padrões científicos e que a solução para isso seria entregá-lo nas mãos de um alienista. Até havia alienistas no Pedro II, mas a presença destes não era contínua. Teixeira Brandão critica também o poder exercido pelas freiras dentro do hospício e destaca o quanto a presença do clero era forte na instituição e nas alianças com o Império. Dizia que a administração interna era totalmente submetida às ordens das irmãs, que estas interferiam nos tratamentos e permitiam todo tipo de maus tratos contra os alienados - que incluíam cacetadas, jejuns forçados, camisola de força. Teixeira Brandão relatou também que os doentes ficavam entregues aos funcionários que estavam diariamente na instituição e que não tinham habilitação para notar as mudanças na sintomatologia, registrar os fatos dignos de observação, os fenômenos esclarecedores para o juízo de diagnóstico. Para ele, esses funcionários deveriam ser a extensão do médico no hospício, mas não era o que ocorria. Relatou ainda que a aparência da instituição era desordenada, não havia como estudar os diferentes tipos de alienação, nem as causas capazes de produzi-lo ou os tratamentos precisos para cada tipo de doença. Além disso, não havia uma estatística sobre as variáveis da doença (idade, sexo, profissão, etc), de modo que se pudesse estudá-las.

Com isso, vemos que Teixeira Brandão preconizava que o tratamento moral deveria acontecer através da organização disciplinar do espaço manicomial, sob a vigilância e controle do diretor médico do asilo, que deveria exercer influência sobre os demais funcionários da instituição. Portanto, os alienistas brasileiros entendiam que a disciplina asilar era de suma importância, visto que é dela que advinha o valor terapêutico para o aperfeiçoamento da produção de saber sobre a loucura (Amarante, 1982).

Posteriormente à proclamação da República, a psiquiatria no Brasil começa a se aproximar da visão científica de Morel, pensando na doença mental como degeneração. Teixeira Brandão se firmava no pensamento psiquiátrico francês sobre a degeneração mental que legitimava as circunstâncias que o Brasil enfrentava na época. O Brasil tinha uma grande massa de população parda e estava recebendo imigrantes da Europa destinada às lavouras de Café. Tudo isso corroborou para a urbanização acelerada, proliferação dos cortiços e das

favelas, aglomeração de pessoas nas ruas à espera de trabalho, além de problemas da ordem da epidemiologia e saneamento básico (Resende, 2000).

Neste período, a maior parte dos internos do Hospício Pedro II era composta por indigentes alienados considerados irrecuperáveis e, como estes não poderiam custear o tratamento no asilo, traziam dispêndios aos cofres públicos. Dessa forma, foi pensado na construção de um asilo colônia que pudesse dar conta dessa demanda e o mais adequado para isso seria o asilo do tipo agrícola, que era um meio de barateamento dos serviços de assistência aos alienados, pois o custeio do asilamento viria através da utilização da mão de obra do internado. Ou seja, seria aproveitado a mão de obra ociosa no hospício e, paralelo a isso, o alienado poderia ter uma formação profissional que poderia facilitar a sua reinserção na sociedade. Como alternativa, foi pensado na lavoura e algumas atividades industriais que estavam nas mãos de imigrantes europeus, visto que estes eram mais resistentes em submeter-se a trabalhos exploratórios e, além disso, a vinda desses para o Brasil estava associada à etiologia da degenerescência da raça brasileira. Assim, foi pensado empregar os alienados mentais nessas pequenas atividades industriais, de cunho fabril, e na agricultura, visando cumprir um princípio terapêutico e conciliá-lo aos interesses da sociedade. Como o trabalho do doente mental tinha fins terapêuticos, não seria obrigatório e não poderia ser utilizado com fins exploratórios, mas sim como meio de restabelecimento do alienado (Amarante, 1982).

Vale destacar que o trabalho entra aqui como terapêutica do tratamento moral porque era tido como a melhor forma de emprego da energia humana e como o maior remédio para a cura de todas as doenças mentais. Introduzir o alienado ao trabalho ordenado pelas regras do tratamento moral seria o passo inicial para devolver-lhe a razão, isto é, na linha de frente do tratamento moral estava o valor social do trabalho, fortemente influenciado pelos valores sociais burgueses. A proposta era que o alienista pudesse introduzir o alienado ao trabalho ordenado pela terapêutica da moral, despojado de todo valor de produção. Portanto, o tratamento moral parte do desejo do médico em nome da ciência, capaz de transformar a conduta do alienado tanto pela relação direta entre médico e paciente quanto pela onipresença institucional do asilo sobre o paciente. Entendia-se que era pelo tratamento moral que o alienado seria trazido de volta à realidade, teria seus impulsos controlados e se adequaria a ordem da sociedade. Isso porque acreditava-se que o trabalho imposto aos alienados iria domar suas paixões e seus corpos, pois era ele que iria assegurar a disciplina e a moral, através do controle das atividades, dos gestos, dos horários e, ainda, da vigilância ininterrupta dos mecanismos de punição impostos a quem não se submetesse à ordem (Amarante, 1982).

Como a proposta do tratamento moral era inviável de ser aplicada no Hospício Pedro II, devido à sua submissão aos religiosos e a superlotação de doentes mentais, a saída pensada foi a construção de novos modelos de asilos, os asilos de colônia agrícola para os alienados. Teixeira Brandão e Juliano Moreira foram dois importantes alienistas que defenderam e implantaram este modelo de tratamento no país, sobretudo na capital Rio de Janeiro.

A nomeação de Juliano Moreira como diretor do Hospício Nacional e a promulgação da Lei de Assistência aos Alienados foram de suma importância para a mudança de paradigma da assistência psiquiátrica no Brasil. Portocarrero (2002) destaca que no início de século XX houve um rompimento com a prática psiquiátrica do século XIX, que por sua vez era centrado no espaço asilar com a necessidade absoluta do isolamento para a terapêutica do doente mental. Abria-se para novas possibilidades de assistência, onde esta poderia ocorrer em espaço mais aberto. Em 1903 o Hospício nacional foi reformado com o objetivo de proporcionar ao interno uma “ilusão de liberdade”, que pudesse deixá-lo mais receptivo ao tratamento. Foram retiradas as grades, as camisas de força e as celas de isolamento. Assim, pensava-se estar trazendo para o Brasil uma psiquiatria mais científica, baseada em princípios terapêuticos, como a clinoterapia e os banhos hidrelétricos de temperatura controlada. Porém, as técnicas terapêuticas acabavam sendo maneiras mais sutis de exercício de poder sobre os corpos: a clinoterapia ocorria por vigilância constante e poderia ser forçada; os banhos hidrelétricos visavam tornar o doente mais dócil e ocorriam sob vigilância permanente.

Juliano Moreira fez uma estatística de 1905 a 1914 no Hospício Nacional e encontrou 31% de internos estrangeiros. Repetia-se ali o que ocorria nas ruas, uma grande massa de estrangeiros “degenerados” estava sendo recebida no Brasil. Por isso, a Saúde Pública e a Psiquiatria estavam incumbidas de sanear o espaço da cidade, cabendo à Psiquiatria a tarefa de recolher o que sobrava do processo de saneamento e internar no asilo, na tentativa de recuperá-los. Entretanto, havia um distanciamento entre a atividade científica da psiquiatria brasileira e a prática que ocorria nos asilos psiquiátricos (Resende, 2000).

O Hospício Nacional dos Alienados, foi construído inicialmente para 350 doentes mentais e atingiu seu limite de lotação em pouco mais de um ano, o que demandou a construção de outros asilos que, uma vez abertos, logo ficavam cheios e assim se justificava sempre a demanda por mais verba, reformas e construção de novos hospitais. Este primeiro hospício brasileiro construído na Praia Vermelha, local que na época era afastado da urbanização do Rio de Janeiro, corroborava a ideia de que aos doentes era preciso proporcionar um local calmo, tranquilo, espaçoso. Assim, tornou-se prática comum que os demais hospitais psiquiátricos

fossem construídos em lugares afastados da cidade e próximos do contato com a natureza. No Estado do Rio de Janeiro foram construídas ainda as Colônias São Bento e Conde Mesquita (Ilha do Governador) em 1890 e a Colônia de Alienados de Vargem Alegre (Barra do Pirai), em 1904, cuja história será desenvolvida no terceiro capítulo. Esses locais eram de difícil acesso, o que dificultava tanto a fuga dos internos como o interesse de profissionais médicos em trabalhar no local, devido ao deslocamento (Resende, 2000).

Juliano Moreira foi quem tomou a frente na construção de diversos asilos colônia no território brasileiro. Ele assume o Hospital dos alienados em 1902, enquanto Teixeira Brandão embarca numa carreira política, pois este verificou que isso era de suma importância para garantir que o asilo se tornasse um lugar medicalizado e independente dos poderes da Igreja. Os decretos de nº 1.132 de 22 de dezembro de 1903 e nº 5.125 de 01 de fevereiro de 1904 contribuíram para o ordenamento da assistência psiquiátrica no país e para a criação de novos asilos colônia (Amarante, 1982). Com isso, o Hospício Nacional passaria a se dedicar aos pacientes pensionistas, onde a praxiterapia seria com atividades não agrícolas (Venâncio, 2011). Outro marco da nova assistência psiquiátrica de Juliano Moreira é a construção do asilo dividido em pavilhões que pudessem separar os diversos tipos de doentes de acordo com o grau de liberdade que lhe seria permitido, que seria avaliado a partir da aptidão para o trabalho no asilo (Portocarrero, 2002).

Juliano Moreira¹¹ foi o grande responsável pelo fortalecimento da psiquiatria no Brasil e uma importante realização para este fim foi a criação em 1905 - juntamente com o médico do Hospital dos Alienados Dr. Afrânio Peixoto - da revista *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins*, no intuito de registrar as contribuições de médicos de todo o Brasil, como também de estimulá-los ao estudo apurado dos doentes mentais. A revista veiculava artigos sobre a assistência aos alienados no Brasil, mas também trazia destaques sobre o que ocorria na França, Itália e Alemanha; publicou traduções de artigos de renomados médicos do exterior, como Emil Kraepelin, com o artigo “Classificações das moléstias mentais”. Em 1908 a revista passou a se chamar *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, visando se alinhar com a *Sociedade Brasileira de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, criada em 17 de novembro do ano anterior. Em 1919, a revista teve seu nome mudado novamente para *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria e Neuriatria*, pois

¹¹ Juliano Moreira permaneceu em seus cargos até 1930 e, na década de vinte, foi o ano em que a psiquiatria brasileira mais se aproximou da linha da psiquiatria organicista alemã, como veremos a seguir.

objetivava se aproximar mais do campo médico, se afastando das influências da psicanálise (Facchinetti e outros, 2010).

Retomando a discussão sobre a psiquiatria no Brasil no final do século XIX, é importante marcar que o alienismo brasileiro herdou a ideia de que a principal medida terapêutica era o isolamento, por tomar os excessos da vida urbana e os males da civilização como as principais causas do adoecimento mental. Logo, o isolamento em espaços rurais era bem visto pela psiquiatria, que também entendia que o clima desses locais, juntamente com o trabalho agrícola, teria algo a acrescentar na proposta terapêutica. Por conseguinte, as colônias agrícolas se tornaram uma importante estratégia de tratamento para os pacientes crônicos, incuráveis e indigentes, que poderiam se ocupar da tarefa agrícola como também prover seu próprio sustento. Porém, já em 1900, as Colônias de São Bento e Conde de Mesquita, na Ilha do Governador, estavam em estado sanitário crítico, com péssima qualidade da água e a indicação de Juliano Moreira para a direção do Hospício Nacional contribuiu para estender suas ideias modernizadoras e de reforma arquitetônica e assistencial para toda esfera da assistência pública de alienados. Uma das propostas que surgiu, mais tarde, para as colônias de São Bento e Mesquita foi transferi-las para outro local, o que não ocorreu de imediato (Venâncio, 2011).

É importante destacar também que modelo de hospitais colônia brasileiros tinha uma inspiração importante nas colônias agrícolas de Geel. Amarante (2017) relata que era prática comum que as colônias de alienados fossem criadas em locais com grande extensão de terras para os pacientes trabalharem, como forma de tratamento. Em 1860 a Sociedade Médico-Psicológica de Paris discutiu sobre a colônia agrícola de Geel, uma colônia camponesa que recebia alienados e mantinha-os livres, trabalhando no campo. Desde o início do século VII a aldeia de Geel acolhia os alienados que chegavam com suas famílias para pedir a cura à Santa Dymphna, protetora dos alienados. Entretanto, nem todos retornavam para sua cidade de origem, pois pensavam em aguardar a festa da padroeira do ano seguinte para novamente clamarem pela cura, ou eram abandonados por suas famílias ali mesmo. Assim, os moradores do local acolhiam os alienados e os inseriam em trabalhos domésticos e agrícolas, como no cotidiano da cidade, e o governo Belga oficializou a Colônia Familiar de Geel, modelo que passou a ser seguido pelos franceses e ingleses. Porém, o modelo francês e inglês implantado no século XIX criou colônias segundo os princípios do tratamento moral e do trabalho de cunho terapêutico, entendendo ser estes a base científica da psiquiatria. E o Brasil, como vimos aqui, criou diversas colônias de alienados no país.

O modelo de asilos colônia se amparava em dois eixos importantes: a questão da máxima liberdade possível e a questão do trabalho. Ambos visavam obter maior controle e produzir indivíduos úteis e dóceis, pois ao se sentir livre o paciente ficaria tranquilo e poderia oferecer sua força de trabalho. Os pacientes eram divididos de acordo com sua capacidade de exercê-lo. Portanto, o trabalho passa a ser o meio de avaliar a doença mental e as possibilidades de sua recuperação, sendo fundamental para discernir entre quem estava em condições de ser socializado do degenerado, improdutivo (Portocarrero, 2002). Assim, toda a prática asilar era fundamentada pelo trabalho (praxiterapia), seja no próprio ambiente institucional, seja em zona rural (*open-door*), no intuito de reproduzir a vida de uma comunidade. Deste modo, a Psiquiatria fundamentava sua prática nos mesmos valores da sociedade da época, se empenhando em devolver à sociedade indivíduos aptos para o trabalho, que se tratavam pela própria via do trabalho (Resende, 2000). A vida rural tinha uma representação importante para a sociedade brasileira e era nisso que as colônias agrícolas se referenciavam: “O fazendeiro é o tipo representativo da nacionalidade e a fazenda é ainda o lar brasileiro por excelência, onde o trabalho se casa com a doçura da vida e a honestidade dos costumes completa a felicidade.” (Júlio Prestes apud Resende, 2000, p. 48). Portanto, o trabalho do brasileiro ainda era marcado pelas características rurais, que também vinha ao encontro das ideias de que o ambiente rural era mais propício para tratamentos de saúde.

O primeiro asilo criado no modelo de hospital colônia no estado do Rio de Janeiro foram as Colônias de São Bento e Conde de Mesquita, na Ilha do Governador, em 1890. Posteriormente, em 1904, a Colônia de Alienados de Vargem Alegre, que por sua vez é um dos objetos de estudo deste trabalho. E em 1911, a Colônia do Engenho de Dentro, destinada a mulheres.

As colônias da Ilha do Governador precisaram devolver suas posses, que não pertenciam ao Estado e, enquanto isso, o Hospício Nacional e a Colônia de Alienados de Vargem Alegre estavam lotados de pacientes internados. Em 1911 foi reformulada a Assistência a Alienados, com o decreto nº 8.834 de 11 de julho, que criou o Instituto de Neuropatologia no antigo Pavilhão de Observação, criou a Colônia do Engenho de Dentro, destinada a mulheres alienadas, propôs a criação dos Serviços de Assistência Heterofamiliar e destacou a importância da construção de colônias específicas para epiléticos e toxicômanos. No Engenho de Dentro, os alienistas brasileiros pretendiam imitar o exemplo das colônias belgas de Geel e lá alcançaram bons resultados com a produção agrícola e industrial e com a Assistência Heterofamiliar, também inspirada nas experiências de Geel. Juliano Moreira

pensava na Assistência Heterofamiliar organizada de três maneiras: colônia familiar anexa ao asilo, perto do asilo ou dele independente, onde era realizado a internação de um alienado na casa dessas famílias, sob a orientação e supervisão de um médico alienista. Mas, este meio era pensado como extensão à internação, de modo a propiciar a recuperação do alienado e sua devolução para a sociedade. Entretanto, tratava-se de um recurso que atraía as famílias para o espaço da reclusão e que reproduzia todas as características do asilo (Amarante, 1982).

O país investiu nos asilos colônias como local de tratamento e toda nova proposta que se surgia acabava sendo uma extensão do hospício, pois reproduzia suas práticas e se mantinha a ele vinculada. Mesmo a assistência heterofamiliar, que trazia a proposta do retorno do paciente a vida em sociedade, fazia isto aos arredores da colônia, com o controle do psiquiatra. Havia uma comunidade criada ali com o propósito de assistir o paciente. Assim, Amarante (1982) destaca que a liberdade prescrita aos alienados estava restrita ao espaço do asilo, ordenada e vigiada pelo alienista, sendo, assim, uma ilusão de liberdade. E, mesmo as atividades de prevenção das quais a psiquiatria se ocupava, eram severas e rigorosas, regidas pela lógica de que prevenir era excluir a loucura e todo tipo de desvio que poderia afligir a sociedade e gerar obstáculo ao seu bom desenvolvimento. O asilo era o arcabouço de uma razão: a exclusão social da loucura e, também, a prevenção social da degeneração. E assim o asilo foi se mantendo no espaço social.

Por fim, é importante destacar que no Estado do Rio de Janeiro teve a seguinte sequência histórica de instituições públicas para internamento de doentes mentais: Em 1841 o Asilo Provisório no terreno onde seria construído o Asilo Nacional; em 1852 o Hospício de Pedro II (que com a República passou a se chamar Hospital Nacional dos Alienados); em 1878 a Enfermaria do Hospital de São João Batista em Niterói; em 1890 a Colônia São Bento e Conde Mesquita na Ilha do Governador, Rio de Janeiro; em 1904 a Colônia dos Alienados de Vargem Alegre em Barra do Piraí (que será abordada no terceiro capítulo); em 1911 a Colônia do Engenho de Dentro, destinada a mulheres, no Rio de Janeiro; em 1921 o Sanatório Botafogo e o Manicômio Judiciário, ambos no Rio de Janeiro; em 1923 a Colônia de Jacarepaguá, destinada aos homens; em 1938 o Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (IPUB); em 1943 o Centro Psiquiátrico Nacional no Engenho de Dentro, Rio de Janeiro. Boa parte dessa rede de serviço era de hospitais colônias, destinadas para os crônicos que eram retirados das cidades a partir do processo de higienização do espaço social. Tinha-se como propósito recuperá-los pelo trabalho agrícola e devolvê-los à sociedade como mão de obra útil, tendo também como alternativa a assistência heterofamiliar, que era o interno sem familiares ser acolhido por

famílias da redondeza do hospital, que receberia uma remuneração do Estado para isso. Porém, essa não era uma demanda da sociedade e o que o hospital agrícola acabou por fazer foi excluir seus internos do convívio social e da sociedade, pois situavam-se em locais distantes do ambiente urbano. Além disso, os hospitais colônias não tinham controle algum de triagem dos pacientes que lhe eram enviados, muitas vezes, por um chefe de polícia, sem nenhum propósito terapêutico, como as mulheres que perderam a virgindade fora do casamento, crianças órfãs, pessoas que viviam nas ruas, pessoas que perturbavam a ordem social, se tornando local em que a sociedade depositava pessoas indesejáveis (Resende, 2000).

1.2.1. A Psiquiatria eugenista da Liga Brasileira de Higiene Mental:

Resumindo o que foi dito até aqui sobre a assistência psiquiátrica no Brasil, até Juliano Moreira ela estava praticamente entregue aos religiosos e, após a entrada dele, foi tomando corpo de prática médica. Contudo, ainda faltava um respaldo teórico que fundamentasse essa prática. Muitos dos psiquiatras da época associavam os problemas psiquiátricos aos problemas culturais gerais, fundamentados na hipótese de uma causalidade biológica proposta pela *Psiquiatria Organicista Alemã*, que tinha características ideológicas eugênicas. Segundo essa ideologia, o Brasil sofria a degradação moral e social decorrentes da miscigenação racial do povo brasileiro. Diante disso, o alcoolismo e a sífilis eram vistos como resultado dessa miscigenação e os principais pontos de intervenção profilática da psiquiatria. Foi nesse clima que se criou a *Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM)*, em 1923 (Costa, 1980). A epilepsia também era considerada um fator contribuinte para a formação de degenerados e a psiquiatria propôs a criação de colônias especiais para os epiléticos, tratando-a como problema social a ser evitado (Portocarrero, 2002).

A LBHM era uma entidade civil criada pelo psiquiatra Gustavo Riedel¹², que desde o início de sua carreira se dedicava a reformulação da assistência psiquiátrica. A instituição recebia subvenção federal e a ajuda benévola de filantropos ligados a Ridel. Em 1925, a LBHM lança a revista *Archivos Brasileiros de Higiene Mental*, que recebia recursos com a publicação de anúncios. Até 1925 a instituição mantinha os mesmos ideais de Ridel, isto é, o aperfeiçoamento da assistência psiquiátrica aos doentes mentais. Mas a partir de 1926 os projetos elaborados pelos psiquiatras começam a objetivar os temas da prevenção, eugenia e à

¹² Ele foi diretor da Colônia Engenho de Dentro e a ela criou um anexo ambulatorial de profilaxia das doenças mentais.

educação dos indivíduos para fora dos estabelecimentos psiquiátricos, voltando seus cuidados para o indivíduo dito normal, não o doente. “Eles pretendiam tornar a prevenção psiquiátrica similar à prevenção em medicina orgânica. (...) O que interessava era a prevenção e não a cura”. (COSTA, 1980, p. 28).

A década de 1920 trouxe novos investimentos nas colônias agrícolas, de modo a associá-las com o modelo de assistência familiar e as novas propostas da psiquiatria. A inauguração de uma nova colônia de alienados aconteceu em Jacarepaguá, em 1924, denominada Colônia de Psicopatas-Homens, que recebeu em sua maioria indigentes e crônicos que antes estavam internados das extintas colônias da Ilha do Governador. Os dois grandes pilares de tratamento dessa instituição “moderna” eram a praxiterapia nas atividades agrícolas e a assistência heterofamiliar (Venâncio, 2011).

Em 1927 foi criado o *Serviço de Assistência aos Doentes Mentais do Distrito Federal*, responsável por coordenar administrativamente todos os estabelecimentos psiquiátricos públicos do Rio de Janeiro, que em 1930 foi incorporada ao Ministério da Educação e Saúde, tornando-se responsável pela assistência em psiquiatria em todo o país. Mais tarde, em 1934, foi promulgada a *Lei Federal de Assistência aos Doentes Mentais*, voltada para as ações de profilaxia, assistência, proteção e fiscalização de doentes mentais e serviços psiquiátricos do país (Costa, 1980).

Neste período, a LBHM se apoiava nas noções de eugenia para justificar a sua prática¹³, pois as ideias sobre um programa de higiene mental não seriam encontradas no corpo teórico da psiquiatria. Até o ano de 1934 o papel da eugenia nos programas de higiene mental foi o principal objetivo da LBHM, reafirmados em sua revista. Entretanto, o tema da eugenia já circulava o pensamento intelectual brasileiro, que se preocupava com a constituição étnica no país e as influências negativas que o clima quente e a mistura com “raças inferiores” poderiam trazer. O pensamento médico higienista veio a ratificar essas ideias (Costa, 1980).

Sabe-se que nas primeiras décadas do século XX a psiquiatria no Brasil era fortemente influenciada pela Psiquiatria organicista da época, sobretudo a alemã. Com isso, o trabalho da LBHM tinha como objetivo evitar a descendência hereditária das doenças mentais. Desse modo, como medidas profiláticas, eram esterilizados os alienados delinquentes e os alcoolistas crônicos, ambos vistos como degenerados. Outra direção tomada como prevenção era a seleção dos alimentos, pois se entendia que havia influência da alimentação na gênese do nervosismo e

¹³ É aí que a eugenia vai ganhando corpo no pensamento psiquiátrico brasileiro, que se apropriava do corpo teórico da psiquiatria organicista sem pensar que a realidade cultural do Brasil não era a mesma da Europa, associando a doença mental à miscigenação racial do povo brasileiro (Costa, 1980).

que esta contribuía para o aperfeiçoamento das raças. Portanto, a profilaxia da doença mental era atravessada pelas ideias eugênicas de miscigenação das raças. Na década de 30 as ideias nazistas da psiquiatria alemã exerciam forte influência sobre as ideias eugênicas executadas pela psiquiatria brasileira. Em 1931, o psiquiatra Renato Kehl funda a Comissão Central Brasileira de Eugenia e no mesmo ano ocorreu o Primeiro Congresso Internacional de Higiene Mental, onde participaram diversos psiquiatras alemães. “A eugenia, desde então, passa a ser considerada ‘higiene social da raça’ e a higiene mental passa a ser entendida como uma aplicação dos princípios à vida social”. (COSTA, 1980, p. 41). Assim, surge uma nova concepção de indivíduo: aquele fundamentado unicamente pela matriz biológica. Os problemas psíquicos e morais eram vistos como relacionados a uma atuação biológica do organismo. E entendia-se que as instituições destinadas aos mendigos, loucos e toda escória da sociedade só viriam a prejudicar o aperfeiçoamento da espécie humana (Costa, 1980).

Dessa forma, com o objetivo de evitar que a doença mental se perpetuasse entre as gerações e apoiando-se no apogeu teórico da psiquiatria da época, a LBHM se rendeu aos propósitos da eugenia para garantir a prevenção da doença mental e preservar as gerações futuras das doenças de seus ascendentes. Portanto, havia uma postura higienista e de controle social que fundamentava a prática da psiquiatria brasileira e levava a internação da escória da sociedade nos diversos hospitais psiquiátricos espalhados pelo país. O hospital psiquiátrico passa a servir ao propósito higienista de limpar as ruas da pobreza e da loucura. Com isso, entendemos o quanto a psiquiatria brasileira da época era impulsionada em atender aos propósitos do Estado em retirar do espaço social os mendigos, criminosos e anormais de todo o tipo e que com esta finalidade eram criadas colônias de alienados pelo país afora. Além disso, a psiquiatria entendia que estes indivíduos deveriam ficar reclusos em estabelecimentos adequados (no caso o asilo).

Portanto, até a Segunda Grande Guerra a assistência ao doente mental se resumiu à internação asilar, onde ocorriam as maiores atrocidades, como superlotação, deficiência de profissionais, maus tratos aos pacientes (atos de negligência de cuidados, que incluíam a violência física), situações precárias de hotelaria e vestimenta aos internos, terapêutica totalmente voltada para atividades sem sentido, monótonas e repetitivas, uma nova roupagem da praxiterapia¹⁴. Veremos a seguir como que a psiquiatria só se tornou prática assistencial para

¹⁴ Isso porque toda ação da Liga Brasileira de Higiene Mental era mais acadêmica, sendo a prática profilática por muito tempo restrita ao ambulatório do Engenho de Dentro, criado por Gustavo Ridel para acompanhar o egresso do asilo e realizar ações preventivas da doença mental. Esses ambulatórios foram se expandindo aos poucos e em 1961 eram 17 por todo país, um número bem inferior à quantidade de instituições de internação psiquiátrica. Dessa

a massa da população após 1964, através dos institutos previdenciários, que estenderam a cobertura assistencial aos trabalhadores e seus dependentes. Mas, a rede ambulatorial funcionou como captação de pacientes a serem internados na rede privada de hospitais psiquiátricos e, com isso, elevou-se o número de neuróticos e alcoolistas institucionalizados no manicômio. Inicia-se a ‘indústria da loucura’, que só foi começar a ser contida na década de 70 (Resende, 2000).

1.2.2. A expansão da assistência psiquiátrica no Brasil

Como falado anteriormente, a LBHM atendia aos desígnios da higiene social se pautando em ideias antiliberalistas¹⁵ (subestimando o direito dos indivíduos de preservar a integridade dos seus corpos e não se preocupando com a opinião deles na execução dos seus projetos, utilizando medidas duras e repressivas no tratamento e na prevenção das doenças mentais, como por exemplo na repressão do alcoolismo, na esterilização sexual dos doentes mentais, na segregação dos que estavam à margem da sociedade, etc.), ideias moralistas (forte preocupação com a renovação moral da sociedade, combatendo os “maus hábitos” e conclamando normas de comportamento social e sexual a todos os brasileiros), ideias racistas (ideias de “raças inferiores” e “raças superiores” eram presentes nos textos psiquiátricos da época, pautadas nas noções de hereditariedade genética e, portanto, permitia-se a integração social do mestiço que renunciasse os seus predicados étnicos, mas o negro mantinha-se excluído, como tudo o que se relacionava a sua cultura), ideias xenofóbicas (forte preocupação dos psiquiatras com o controle dos imigrantes, muitas vezes não pautadas em parâmetros científicos, sim morais, e supervalorização dos supostos prejuízos que estes poderiam trazer à saúde mental dos brasileiros). Portanto, tratava-se de uma ação de controle social que fortalecia o papel do asilo para a intervenção da psiquiatria, que serviria para propiciar uma sociedade dentro dos propósitos eugênicos de normalidade (Costa, 1980).

Paralelo a isso, a psiquiatria buscava encontrar meios de ter controle sobre a “doença mental”. A isso serviu a descoberta do choque insulínico, do choque cardiazólico, da eletroconvulsoterapia e da lobotomia, que entraram como técnicas médicas e científicas que poderiam incrementar a assistência psiquiátrica exercida até então, que se baseava na malarioterapia, banhos, camisa de força e castigos. Entendia-se assim que era possível encontrar

forma, com muita crueza e transparência, a única função social que os hospitais psiquiátricos assumiram no Brasil foi a exclusão social do louco.

¹⁵ Movimento contrário ao liberalismo como defesa dos valores do indivíduo.

a cura para as doenças mentais, o que contribuiu para o aumento de internações psiquiátricas, processo que se fortaleceu na década de 50 com a descoberta do neuroléptico clorpromazina, em 1952. Também servindo aos propósitos institucionais, a medicação se torna a nova contenção da doença mental, que tornaria a internação mais tolerável pelo doente e domaria seu corpo e comportamento. Assim, o surgimento da convulsoterapia nos anos 30 e dos neurolépticos nos anos 50 tornam a psiquiatria mais poderosa para exercer o controle da loucura, tornando os corpos dóceis e fortalecendo o aparato institucional manicomial (Amarante, 2014).

Venâncio (2011) destaca que no final da década de 1930 e início dos anos de 1940 as colônias agrícolas passaram por processos de modernização, em que a terapêutica do trabalho para os crônicos seria conservada, contudo era necessário que esta se caracterizasse mais como uma instituição hospitalar, empregando tratamentos considerados de ponta para o problema da doença mental. Entre 1937 e 1941, a Divisão Nacional de Saúde (DNS) – órgão do Ministério da Educação e Saúde – realizou um inquérito sobre as condições da assistência psiquiátrica em âmbito nacional, detectando e classificando como os estados prestavam assistência aos doentes mentais, se incluía algum tipo de tratamento especializado, ou ações de prevenção. Do Estado do Rio de Janeiro foi avaliado que oferecia assistência especializada, mas ainda reduzida. Em 1941 a Assistência a Psicopatas, setor da Divisão Nacional de Saúde responsável pela organização da assistência pública da psiquiatria no Brasil, foi substituída pelo Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), que por sua vez se baseou nos inquéritos realizados nos hospitais psiquiátricos públicos para gerenciar a expansão de suas ações por todo território do país. Assim, durante a gestão de Aduino Botelho (1941-1954), o SNDM procurou fazer avançar a política assistencial psiquiátrica, planejando suas intervenções e implantando diretrizes de modernização, dentre elas a padronização do hospital-colônia. Logo, seriam aproveitadas as instituições existentes do tipo colônia para reaparelhar a estrutura e modernizar as técnicas de tratamento. Por conseguinte, a assistência heterofamiliar e a praxiterapia foram mantidas, sendo combinadas com outras técnicas de tratamento.

No entanto, Resende (2000) aponta a situação precária dos asilos públicos do país, que ao final de década de 50 estavam sucateados e deteriorados pela superlotação, maus tratamentos, péssimas condições de hotelaria, deficiência de pessoal: o Juqueri, em São Paulo, abrigava 14 a 15 mil doentes; a Colônia de Barbacena tinha 3200 pessoas internadas em péssimas condições; o Hospital Psiquiátrico de Niterói internava acima de sua capacidade, dentre outras situações similares ao longo do país. As colônias agrícolas já haviam substituído o trabalho no campo por

atividades monótonas e repetitivas, que nada tinham a acrescentar e a assistência heterofamiliar colocava os pacientes em trabalhos de caráter semi-servil, não contribuindo para sua reinserção na sociedade. Além disso, havia uma rede de corrupção e receptação de alimentos e objetos nesses hospitais, com a conivência da direção e funcionários. As importantes transformações da prática psiquiátrica que ocorriam na Europa e nos Estados Unidos neste período não chegavam nos hospitais psiquiátricos brasileiros, que tinham como única função social a exclusão do louco. O autor destaca, também, que a psiquiatria foi incorporada tardiamente ao conjunto das práticas de saúde da previdência social, somente na década de 50 e de maneira incipiente, justamente devido ao papel social da psiquiatria no Brasil.

A Ditadura Militar traz consigo uma nova fase da psiquiatria, que deixa de ser eminentemente destinada aos indigentes e passa a se ocupar da massa de trabalhadores e seus dependentes. Sob uma lógica privatista, o Brasil passa a contratar leitos em hospitais privados para atender os contribuintes da previdência e os hospitais públicos, como estavam em condições precárias, permaneceram se ocupando daqueles que não tinham vínculo previdenciário. Entre 1965 e 1970 o número de pacientes internados em clínicas conveniadas aumentou consideravelmente e o tempo de duração das internações também passou a ser maior. Além disso, a rede ambulatorial que havia no Brasil funcionava como captação de pacientes para internação psiquiátrica (Resende, 2000).

Outro fator que favoreceu o fortalecimento da psiquiatria foi a criação em 1966 da Federação brasileira de Associações dos Hospitais, que em 1973 passou a se chamar Federação Brasileira de Hospitais (FBH). O golpe militar de 1964 diminuiu a influência dos segurados sobre os rumos da Previdência Social e sobre a gestão, planejamento e execução dos projetos médico-assistenciais desempenhados pelos institutos do sistema de seguros sociais. Com isso, aumenta-se a privatização da assistência médica previdenciária, pois o Estado passa a comprar serviços privados para prestar assistência em saúde aos previdenciários, ao invés de investir na constituição de uma rede própria. Assim, ocorre grande proliferação de clínicas psiquiátricas, pois estas não necessitavam de tecnologia sofisticada e de pessoal especializado para sua execução (Amarante, 2015b). A doença mental torna-se uma mercadoria, um objeto de lucro aos empresários. Os grandes centros urbanos passaram a ofertar muitas vagas de internação em hospitais psiquiátricos privados até chegar ao ponto em que 97% dos recursos em saúde mental eram destinados para este fim. Qualquer outra proposta de assistência em saúde mental que se divergisse disso encontrava forte resistência dos empresários, que tinham forte influência nas ações do Estado (Amarante, 2014). Assim, a assistência psiquiátrica serve ao sistema asilar que,

além de ter uma função social e política de segregação, negação e violência, não se comprometia realmente com a saúde da população e entendia ser administrativamente mais fácil gerir um pavilhão hospitalar do que investir em serviços extra-hospitalares (Amarante, 2015b).

Desse modo, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) na década de 1960, a assistência pública em psiquiatria passa a acontecer principalmente através de serviços do setor privado e, sendo assim, a doença mental passa a ser vista como um meio de obtenção de lucro. E este modelo privatizante teve como consequência uma assistência em saúde hospitalocêntrica em relação a assistência psiquiátrica, que se voltou sobretudo para a realização de convênios com hospitais privados e filantrópicos, fazendo da loucura uma mercadoria e deixando os hospitais psiquiátricos lotados de tal modo que não era possível oferecer assistência adequada a todos os que ali estavam internados (Amarante, 2014). Foi somente no final da década de 1970 que a Fundação Brasileira Hospitalar começa a perder forças, devido a fatores como o próprio processo de redemocratização influenciado pelos movimentos sociais, aos graves problemas financeiros acarretas pelo modelo privatizante de assistência em saúde e ao desinteresse dos empresários em investimento nas doenças crônicas e degenerativas (Amarante, 2015b).

O período que ficou conhecido mais tarde como ‘mercantilização da loucura’ caracteriza-se em ser o momento em que a internação psiquiátrica passa a ser moeda de troca entre o Estado e as empresas privadas conveniadas ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), onde a assistência psiquiátrica pública ocorreu através da contratação de serviços no setor privado. Isso contribuiu para aumentar significativamente o número de internações, pois era dinheiro público gerando lucro ao setor privado. Outro meio usado para lucrar sobre a loucura era aumentar o tempo de permanência dos pacientes no hospital psiquiátrico, favorecendo a institucionalização deles e a cronificação da doença. Assim, os pacientes passavam por internações frequentes, num ciclo que não tinha fim. Inclusive, passou a se ter maior número de indicações para a internação psiquiátrica de alcoolistas e neuróticos (Brasil, 2008).

Outro fator apontado como movimentação financeira proveniente dos hospitais psiquiátricos é a venda de cadáveres. Arbex (2013) traz em sua obra o relato de um professor universitário que testemunhou a chegada de um dos lotes de cadáveres oriundos do Hospital Colônia de Barbacena – MG, adquiridos pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Num determinado dia do ano de 1970 as aulas da faculdade foram canceladas e o professor desavisado chega para dar aula, não encontra os alunos, e se depara com dezenas de cadáveres

espalhados pelo chão para serem formolizados. A autora destaca que entre 1969 e 1980 o Hospital Colônia de Barbacena comercializou 1853 corpos para dezessete faculdades de medicina do Brasil. A longa permanência na internação, associada às condições precárias de subsistência física e psíquicas que o hospital psiquiátrico provocava, além dos problemas sanitários comuns de serem encontrados nessas instituições - a falta de estrutura para se acolher do frio, a proliferação de doenças contagiosas e demais mazelas - provocavam mortes em massa. E a partir de 1960 a venda de corpos passou a ser realizada sem qualquer autorização dos pacientes, tomados, assim, como indigentes.

Por fim, vimos como a ideia de loucura que temos hoje foi construída ao longo da história e que não há uma relação arbitrária entre o louco e o hospital psiquiátrico. Destacamos que na Europa o Hospital Geral nasceu com o propósito de higienização social de todo tipo de miséria e pobreza, expandindo-se em instituições que mais tarde foram se apropriando cada vez mais da questão da loucura e tomando as características asilares que conhecemos hoje. E que Pinel e o tratamento moral ofereceram intervenções específicas para a doença mental, introduzindo a prática médica para dentro do hospital. Além disso, apontamos como foi implantado o asilo no Brasil, que traz características peculiares por ocorrer quando o país estava em processo recente de urbanização, fazendo com que o asilo contribuísse fortemente para as práticas de higienização social demandadas pelo Estado. Mas também abordamos sobre a expansão da assistência psiquiátrica no Brasil, através dos atendimentos ambulatoriais e das internações em clínicas conveniadas com o setor privado.

Concluindo este capítulo, destacamos que o objetivo deste foi abordar sobre a loucura, os asilos e a assistência psiquiátrica no Brasil. Foi dado maior destaque ao modelo de colônias agrícolas e hospitais colônias, visto que estas informações serão de suma importância quando formos descrever e analisar sobre a Colônia dos Alienados de Vargem Alegre, pertencente ao Estado do Rio de Janeiro e situada num distrito de Barra do Piraí. E o próximo capítulo trará maiores detalhes sobre o impacto dos institutos previdenciários na assistência à saúde pública do Brasil, destacando as repercussões e implicações à assistência psiquiátrica.

2. POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS: A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL

Vimos que, por muitos anos, o asilo ou manicômio foram os locais de referência para o tratamento da loucura. Ainda hoje o paradigma de que o louco deve estar exilado no hospício está em desconstrução. Vivemos tempos em que o modelo biomédico de cuidado pensa em resgatá-lo, propondo-lhe uma nova roupagem, baseada na modernização e humanização das tecnologias médicas. Entretanto, a Atenção Psicossocial se mantém resistente e sustenta a direção de que tratar da loucura não se restringe à internação psiquiátrica. E, sendo necessário a internação, que esta não ocorra em locais manicomial, mas sim nos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial destinados a este fim – assunto que trataremos mais adiante.

O principal autor utilizado neste capítulo, em relação ao tema da saúde mental, foi Paulo Amarante, pois este destaca como o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira ocorreu no Estado do Rio de Janeiro, onde se situa o asilo colônia e o CAPS a serem analisados nesta pesquisa.

Primeiramente, é importante entendermos o processo de construção do paradigma da Reforma Psiquiátrica e, também, da Saúde como um direito de cidadania e um dever do Estado. Isso porque o lema ‘Por uma sociedade sem manicômios’ foi um produto de ambos processos. Trata-se de um movimento de mudança técnica, política e cultural de relação com a loucura, que é fruto da construção de uma sociedade democrática.

2.1. A Saúde como uma política social

Para falar em políticas sociais é importante entender que estas estão relacionadas ao processo de construção do Estado como mantenedor do bem-estar social. E isto nos remete ao conceito de Welfare State, conceito que se refere ao conjunto de políticas que dizem respeito ao bem-estar social.

A sociedade capitalista caracteriza-se pelas desigualdades econômicas e sociais, que são intensificadas pelo processo de industrialização e urbanização ocorridos desde o século XIX até os dias atuais. Por muitos anos a pobreza foi tratada como um problema de ordem natural, moral e individual e, por isso, as intervenções sociais sobre ela eram de cunho assistencialista, na qual a ajuda aos indigentes caminhava lado a lado à repressão àqueles que não trabalhavam (Lobato, 2012). Os países europeus viveram fortes experiências de enfrentamento da pobreza,

que culminaram, inclusive, no nascimento do hospital, como visto anteriormente neste trabalho. Lobato (2012) destaca, ainda, a ‘Lei dos pobres’ (*Poor Law*) como oferta de várias formas de “proteção” assistencial, que incluíam a distribuição de alimentos, o complemento de salários e até o recolhimento em asilos e reclusão nas *workhouses*¹⁶. Entretanto, muitas vezes a “ajuda” social ocorria em troca de prestação de serviços em instituições de caridades, sendo coordenada pela Igreja e os religiosos.

O século XIX traz consigo a expansão dos processos de industrialização, que abre portas para o capitalismo, o assalariamento da mão de obra e a ideologia liberal (que defendia a autorregulação do mercado). Com isso, qualquer forma de subsídio público para a assistência aos pobres passa a ser questionada pelas elites, que defendia a ideia de que o mercado promoveria a integração de todos ao sistema, através do trabalho. Mas, como não havia trabalho para todos e as condições dos trabalhos existentes eram cada vez mais precárias, houve uma reação do proletariado e, no final do século XIX as promessas liberais já tinham se enfraquecido bastante. Surgem, assim, as reivindicações dos trabalhadores e, também, as crises econômicas. Dessa forma, passa a se pensar no retorno do Estado como responsável pela manutenção da vida econômica e social (Lobato, 2012).

O período de guerras – que, por sua vez, se justificavam justamente pela busca do desenvolvimento econômico – também ameaçou o capitalismo, principalmente com a quebra da Bolsa de Nova York, crise que combinou a queda dos níveis de produção com o aumento exponencial do desemprego. E foi após a Segunda Guerra Mundial que a proteção social foi alterada de maneira significativa, com a constituição dos Estados de Bem-Estar Social (*Welfare States*) na Europa, trazendo mudanças significativas sobre o lidar do Estado e da sociedade com a pobreza. Com isso, foram estimuladas medidas econômicas que visavam a regulação do mercado, a distribuição de renda e o combate à pobreza, entendendo ser de responsabilidade do Estado a garantia de um mínimo de proteção social pública como direito social básico. Sendo assim, o Estado de Bem-Estar Social se sustentaria nos eixos de pleno emprego, serviços sociais universais e seguridade social. Esta foi uma concepção adotada pela socialdemocracia, que buscava aliar o desenvolvimento econômico ao desenvolvimento social, garantindo direitos relacionados aos diferentes riscos sociais, tais como: velhice, doença, invalidez, desemprego, acidentes de trabalho, dentre outros (Lobato, 2012).

¹⁶ As *Workhouses* surgiram na Inglaterra no século XVII e serviam para o alojamento dos pobres em casas de trabalho, como uma forma de ajuda a eles, porém com um regime prisional e com trabalhos improdutivos, monótonos e fatigantes. Tinham como função impor a disciplina do trabalho e punir a “vagabundagem”.

O grande marco da consolidação do *Welfare State* foi o Plano Beveridge, criado na Inglaterra em 1942, que inclui a ideia de que todos os cidadãos poderiam ser beneficiários de transferência de renda e de serviços públicos garantidos pelo Estado, independente de contribuição corporativa. Tal concepção iniciou um sistema unificado de proteção social, que incluía os desempregados, inválidos, crianças e idosos, além de prever a aposentadoria e o atendimento às demandas de saúde e educação. Inaugura-se, assim, um novo modelo de proteção social: o modelo da seguridade social – superando o modelo residual, que destinava benefício sociais somente aos mais miseráveis, de forma assistencialista, e o modelo de seguro social, que admitia benefícios e assegurava direitos somente aos contribuintes de um sistema corporativista, através de um vínculo de trabalho (Lobato, 2012).

No Brasil, até a Constituição Federal de 1988, predominava a proteção de seguro social e cidadania regulada, na qual o direito estava condicionado a critérios pré-definidos, como por exemplo o mercado formal de trabalho. Por muito tempo os excluídos do mercado de trabalho ficavam de fora do acesso aos serviços de saúde e previdência social. Marco da democracia brasileira, a Constituição Federal de 1988 amplia a concepção de cidadania e universaliza o acesso aos direitos. E, assim, a Saúde passa a ser garantida como um dever do Estado e um direito de todo cidadão brasileiro. Entretanto, destacamos que no Brasil tentou-se construir um aparato de Bem-Estar Social similar ao que se tinha na Europa justamente no momento em que estes países viviam uma crise nos seus sistemas de proteção social. Na década de 1980 os países europeus viviam um período de crise econômica, como também os Estados Unidos, o que trouxe consigo o paradigma do Estado Mínimo, que atingiu principalmente as áreas sociais, tidas como um estorvo ao Estado. Este paradigma se baseava em ideias neoliberais que traziam nova roupagem às mesmas ideias do liberalismo e propunham que o Estado só deveria dar proteção social aos muito pobres e, assim, a população teria de buscar a satisfação de suas necessidades no sistema privado (Lobato, 2012). Portanto, a saúde, educação e previdência, por exemplo, passariam a ser uma mercadoria a ser vendida no mercado e adquirida pelo consumidor, perdendo a perspectiva de direitos e de cidadania que estavam atreladas a elas.

Vale destacar que as políticas de *Welfare State* contribuíram para a implantação da política pública de saúde no Brasil, de forma que possibilitou a emergência de movimentos pela Reforma Psiquiátrica num momento em que a assistência pública em psiquiatria estava em grande parte entregue ao sistema privado, excluindo os mais miseráveis, que estavam fora do mercado de trabalho. Estes, por sua vez, encontravam-se abandonados nos grandes asilos

públicos, sem qualquer perspectiva de retorno à vida em sociedade. Tal assunto será retomado mais adiante.

2.1.1. As Políticas Públicas de Saúde no Brasil

No Brasil, as Políticas Públicas de Saúde têm como direcionamento o direito à saúde e a promoção de cidadania e como importante marco a Constituição Federal de 1988 que, por decorrência de movimentos sociais por direitos humanos e reestruturação do Estado, tratou de garantir a universalidade da saúde como um direito da população brasileira. Portanto, visando à promoção do Bem-Estar Social e da cidadania - através de Políticas Sociais que iriam determinar o papel do Estado como mantenedor de direitos - a Constituição Federal de 1988 vem promover o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, que não teriam apenas caráter curativo, mas que iriam ter características de promoção, proteção e recuperação da saúde. Estes serviços seriam estruturalmente organizados, mais tarde, pela Lei Orgânica da Saúde, a Lei 8.080 de 1990. Faz-se necessário entender como se construiu a Saúde como uma política pública no Brasil. Diversas formas de prestação de serviços atravessam o sistema de saúde brasileiro: estatais, que atendem a todos os cidadãos; privadas, que atendem quem tem plano de saúde ou quem paga pelo serviço que necessita; e filantrópicas, que realizam convênios com o sistema público e privado.

O Brasil iniciou ações de saúde pública no período colonial, em 1808, quando a Corte Portuguesa migrou para cá. Até então, as ações de saúde tinham por base a cultura indígena e africana. Mas, com este processo, houve uma determinação de que se adotassem medidas sanitárias oriundas da cultura europeia - coordenadas pelo médico que acompanhava a família real - e que culminou na criação das faculdades de medicina de Salvador e, em seguida, do Rio de Janeiro. No início do século XIX, a situação de saúde no Brasil demandava ações para lidar com doenças contagiosas, como a febre amarela, a peste bubônica e a varíola, que ameaçavam a população, principalmente das redondezas do porto. As primeiras intervenções foram realizadas no Rio de Janeiro - na época a capital brasileira - e estavam voltadas para a organização do espaço da cidade, de modo que as avenidas ficassem mais amplas e as habitações populares não ficassem aglomeradas. As pessoas foram retiradas das ruas e foram realizadas campanha contra animais maléficis, como ratos e mosquitos. Posteriormente, com a influência da microbiologia, foram realizadas intervenções diretas sobre o corpo dos moradores da cidade através de orientações médico-sanitárias e da vacinação. Desde 1834 havia a

obrigatoriedade da vacina no Brasil, mas a população só aderiu espontaneamente a prática a partir de 1908 (Machado; Fonseca; Borges, 2014).

A saúde como oferta regular de serviços se iniciou no Brasil a partir de 1923, inspirando-se no modelo alemão para a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP) para os trabalhadores ferroviários e, posteriormente, os marítimos. As CAP eram independentes e autônomas, ofereciam aposentadoria, atendimento médico, auxílio para medicamentos e outros benefícios aos trabalhadores e seus dependentes. Com a Era Vargas algumas mudanças foram realizadas. Em 1933 as CAP foram transformadas em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), reunindo as caixas de uma categoria profissional em um mesmo instituto, mas manteve o benefício apenas aos trabalhadores do mercado formal de trabalho e seus familiares dependentes. Como o Brasil vivia um período de expansão econômica, os recursos dos IAP foram utilizados para o financiamento de obras e indústrias e, também, para a criação de serviços de saúde. Os institutos realizavam todas as ações de saúde de cunho assistencial individualizado. Já as ações de saúde pública, como vacinações, controle de endemias, entre outras, eram realizadas pelo Estado desde o início do século XIX. Em 1930 foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública pelo presidente Getúlio Vargas, que ficou responsável pelas ações de saúde coletiva. O mesmo presidente, estando no poder em 1953, criou o Ministério da Saúde para as ações de vacinação e epidemiologia – com enfoque no combate as endemias e controle dos espaços comerciais e dos portos (Machado; Fonseca; Borges, 2014).

A criação das CAP - através da união de ações de aposentadoria e pensões com ações de saúde - caracterizam o início da proteção social no Brasil. Entretanto, o ideal de assistência era médico-hospitalocêntrico e a compreensão de saúde se reduzia à ausência de doenças. Este modelo prevaleceu também durante o período da Ditadura Militar. Em 1966, todos os IAP foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), buscando centralizar a gestão dos recursos da previdência. O período do ‘milagre econômico’ brasileiro – ocorrido entre 1968 e 1973 - teve um aumento de pessoas que trabalhavam com carteira assinada e, conseqüentemente, que tinham acesso ao sistema público de saúde. Devido à maior procura, o governo realizou mais contratos com serviços privados e filantrópicos de saúde, o que culminou numa grave crise financeira do sistema previdenciário a partir de 1973. Já neste período da Ditadura Militar, o Brasil vivia o aumento do desemprego, a redução das contribuições previdenciárias, elevados custos de assistência em saúde, problemas de saúde pública que decorreram do menor investimento em ações de saúde coletiva (Machado; Fonseca; Borges, 2014). Como o modelo de saúde no Brasil era de cidadania regulada, onde só tinha acesso a

serviços de saúde quem contribuísse com o INPS, o brasileiro desempregado deixava de pagar sua contribuição, como também de ter acesso aos atendimentos prestados através do instituto previdenciário. E este, por sua vez, ao receber menor número de contribuições, passava a oferecer serviços de qualidade inferior, porém ainda com elevados custos aos cofres públicos, pois seu objetivo era não deixar de obter lucros.

Yasui (2010) aponta que foi neste contexto político de Ditadura Militar que surgiu o movimento de Reforma Sanitária no Brasil, contexto este que implicava no superfaturamento do setor privado prestador de serviços de saúde, como também numa parcela significativa da população que ficava desassistida nas questões de saúde. Sendo assim, era necessário entender que o campo da saúde não era apenas médico-curativo, mas também com determinantes sociais resultantes de fatores sociais, econômicos, culturais e políticos, todos circunscritos em determinado momento histórico e geográfico. Assim, os principais atores do movimento de Reforma Sanitária foram o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde (ABRASCO), os movimentos de saúde ligados às Comunidades Eclesiásticas de Base (CEBs) da Igreja Católica e os setores dos movimentos estudantil e dos médicos residentes. Portanto, a Reforma Sanitária foi um processo político, de militância cotidiana, ocupação de espaços institucionais e articulação com a sociedade.

Vale destacar que o golpe militar de 1964 caracterizava-se pela desarticulação da participação social e desmonte de todas as ações que se pautassem no ideário socialista. Entretanto, a década de 1970¹⁷ traz consigo o fortalecimento de movimentos sociais em prol da saúde: o movimento de Reforma Sanitária e o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM). Amarante (2015b) relata que o MTSM surge como um movimento de denúncias das irregularidades ocorridas nas unidades psiquiátricas da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), órgão do Ministério da Saúde responsável pelas políticas públicas de saúde mental. Buscando ser um espaço de luta e mobilização social, o MTSM fazia reivindicações e críticas relacionadas às condições de trabalho dos profissionais, estrutura dos serviços existentes e modelos de assistência em saúde mental. Yasui (2010) destaca que a Reforma Psiquiátrica no Brasil foi influenciada pelos movimentos sociais da Reforma Sanitária, que favoreceu o questionamento dos conceitos principais da psiquiatria, das instituições psiquiátricas e da ideologia que sustentava ambos, o que se intensificou a partir de vários congressos e encontros

¹⁷ Foi em 1976, foi criado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e em 1979 a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), ambos citados no parágrafo anterior.

que possibilitaram a vinda de Franco Basaglia¹⁸ ao Brasil, como também de Michel Foucault, Robert Castel, Felix Guatarri, Erwin Goffman, que contribuíram para politizar e instrumentalizar os trabalhadores de saúde mental.

A década de 1980 traz a abertura política para o Brasil e transformações nas políticas públicas de saúde. Entretanto, neste período o sistema previdenciário brasileiro vivia grave crise econômica, pois a taxa de desemprego e de inflação estavam altas, afetando as contribuições previdenciárias arrecadadas pelo INPS e, além disso, os custos da assistência em saúde eram cada vez maiores. Outra vertente a ser discutida é a exclusão dos desempregados e trabalhadores informais do acesso à saúde pública, que se organizava no modelo de seguro social. Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi discutido por acadêmicos, profissionais de saúde e representantes de movimentos sociais a possibilidade da saúde deixar de ser um benefício trabalhista e passar a ser garantida como um direito de cidadania. Uma Assembleia Nacional Constituinte foi instalada em 1987 e, em 1988, a Constituição Federal, no artigo 196, assegurava a saúde como um dever de todos e dever do Estado mediante políticas sociais e econômicas de promoção, proteção e recuperação da saúde. No mesmo documento, o artigo 198 organizava o sistema de saúde segundo as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (Machado; Fonseca; Borges, 2014).

Como já citado, dois anos depois o Sistema Único de Saúde (SUS) foi regulamentado pelas leis 8.080/1990 e 8.142/1990, que juntas formam a Lei Orgânica da Saúde brasileira e que proporcionam, juntamente com a Constituição Federal de 88, grandes transformações na saúde pública do Brasil, fazendo da Saúde um sistema único e com princípios fundamentais. Pelo princípio de universalidade é garantido a todos os brasileiros o acesso à saúde; pelo princípio de integralidade, as ações deixam de se reduzir ao paradigma médico-curativo e passam a atender todas as necessidades de saúde da população; pelo princípio da igualdade, também chamado de equidade, as ações de saúde se organizam de modo a atender a todos os grupos populacionais de acordo com suas necessidades específicas; pelo princípio de participação da comunidade, os usuários do SUS poderiam participar da gestão e controle social do sistema de saúde; pelo princípio da descentralização, as ações de saúde passam a ser geridas e executadas em sua maioria a nível municipal, cabendo ao sistema Estadual e Federal ações de maior complexidade e, dessa maneira, seria possível levar em consideração as singularidades e especificidades de cada território. O financiamento do SUS viria do conjunto de arrecadação

¹⁸ Psiquiatra precursor do movimento conhecido como Psiquiatria Democrática que ocorreu na Itália a partir do final da década de 1960, como crítica à psiquiatria clássica e hospitalar.

dos três entes federativos do governo (União, estados e municípios), sendo que no ano de 2000 a Emenda Constitucional n. 29 garantiu efetivamente o percentual que cada ente deveria investir em saúde (Machado; Fonseca; Borges, 2014).

Tomar a saúde como um direito universal implica nas noções de direito e cidadania, conceitos que nascem a partir do surgimento do Estado moderno, como meio de promover a igualdade e a justiça social como função normativa da organização política da comunidade. Entretanto, o modo de produção capitalista gera, por si mesmo, desigualdade social e exploração na esfera econômica, entrando em contraste com a igualdade e princípios político-econômicos do Estado moderno. O processo de industrialização, urbanização, acumulação de riqueza também trouxe consigo o aumento da produtividade do trabalho, a luta por melhores condições de trabalho à classe operária e a demanda por um Estado mais forte e capaz de atender as demandas sociais. Era preciso reconhecer que o capitalismo traz consigo questões de ordem social, como a pobreza, a violência, a vulnerabilidade social, que necessitam de uma intervenção também social, de modo a garantir o bem-estar coletivo. Para isso, era preciso criar condições de proteção social para regular as relações sociais, através do Estado (Fleury e Ouverney, 2012).

Foi através dos movimentos sociais de protestos, lutas e mobilização política intensa, ocorridos nos momentos finais do século XIX, que foi possível criar meios de proteção social como resposta às consequências desastrosas do capitalismo. Portanto, foi preciso pensar no próprio Estado como promotor de bem-estar social, outorgando-lhe a função de garantir a proteção social e a cidadania a sua população. As características destrutivas do capitalismo moderno seriam neutralizadas parcialmente a partir de políticas distributivas, que iriam ocorrer de acordo com a realidade histórica e a dinâmica social de cada país. Como citado no início desse capítulo, o modelo de seguridade social surgiu na Inglaterra em 1942, designando um conjunto de políticas públicas que garantiriam mínimos sociais à população, com fins de garantir a justiça social e a igualdade, tomando o Estado como elemento central na administração e financiamento deste sistema. Este modelo influenciou a Constituição Federal de 1988, que criou o tripé da seguridade social (saúde, assistência social e previdência social) para assegurar direitos à população brasileira, sendo função do Estado a garantia dos direitos sociais através de políticas sociais, que por sua vez seriam ações governamentais desenvolvidas para o bem-estar e proteção social da comunidade. As políticas de saúde estão incluídas entre as políticas sociais a serem mantidas pelo Estado, garantidas pela Constituição Federal de 1988 nos artigos 196 a 200 (Fleury e Ouverney, 2012).

2.2. A Política Nacional de Saúde Mental

No Brasil, a saúde mental como política pública se deve ao próprio processo de constituição da saúde como direito universal, decorrente do movimento sanitarista e dos movimentos sociais ocorridos no período da ditadura militar. Mas, também, deve-se às mudanças no paradigma de tratamento psiquiátrico, ocorridas em diversos países. Temos hoje uma Política Nacional de Saúde Mental com diretrizes e estratégias adotadas de modo único em todo país, que organiza e direciona a assistência às pessoas com transtornos mentais e sofrimento psíquico. Esta política foi conquistada por movimentos sociais, como a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica, grandes lutas de trabalhadores e usuários envolvidos com a causa. Buscava-se, com isso, a mudança no processo da assistência em saúde e a garantia de direitos e cidadania aos ‘loucos’, excluídos da sociedade. Entretanto, esta busca por transformação não é exclusividade do Brasil, mas sofreu influência de lutas e movimentos ocorridos mundo afora.

2.2.1. O Movimento de Reforma Psiquiátrica

Após a Segunda Guerra Mundial, surgem críticas ao modelo asilar de tratamento, como também ao saber psiquiátrico hegemônico. Surgem novas propostas de trabalho e, dentre elas, a que mais afetou a Reforma Psiquiátrica Brasileira foi a Psiquiatria Democrática Italiana, que teve como precursor Franco Basaglia, que propunha uma relação democrática entre os atores institucionais e um trabalho territorial. (Amarante, 2015b) Vale destacar que as críticas ao modelo manicomial de cuidado surgiram porque o hospital psiquiátrico se tornou local de verdadeiro horror. Utilizava celas fortes para isolamento do paciente em surto, fazia uso indiscriminado de eletrochoques, trabalhava sob o paradigma da exclusão. A manutenção do louco no manicômio promovia o isolamento e a exclusão social, pois as pessoas eram internadas e lá permaneciam por muitos anos ou por toda vida, perdendo o contato social e a cidadania, mantendo-se distantes da família, da sociedade e da cidade (Oliveira, 2004).

Novas questões são colocadas no cenário histórico mundial após a Segunda Guerra e, dentre elas, destacou-se de que havia instituições que reproduziam os campos de concentração nazista. Algumas propostas de reforma da assistência psiquiátrica surgem no mundo, como: as comunidades terapêuticas e a psicoterapia institucional, com reformas restritas ao espaço asilar; a psiquiatria de setor e a psiquiatria preventiva, com reformas para além do espaço asilar (Amarante, 2015b). Isso significa que o primeiro grupo de reformas pensava em humanizar o

espaço do hospital, transformando-o numa instituição terapêutica, não pensando em estratégias para o retorno do paciente à vida em sociedade. Já o segundo grupo pensava na assistência psiquiátrica fora dos muros do hospital, criando instituições extra-hospitalares, setorizando o território, mas não desconstruía a estrutura médico-curativa da psiquiatria, nem do hospital psiquiátrico, como também a relação da sociedade com a loucura. É importante lembrar ainda que neste período havia a vontade coletiva de criar uma sociedade mais livre, igualitária e solidária, além da descoberta dos psicotrópicos e da expansão da psicanálise nos espaços institucionais, fatores estes que propulsionaram esses diferentes movimentos de Reforma Psiquiátrica, atrelados às características sociopolíticas de cada país e ao papel que este designava ao manicômio.

As comunidades terapêuticas foram propostas no Reino Unido por Maxwell Jones, em 1959, como um processo de reforma institucional do hospital psiquiátrico por meio de medidas administrativas e terapêuticas de participação dos internos nos processos do tratamento – reuniões, assembleias, grupos de discussão, grupos operativos e grupos de atividades, tendo o envolvimento deles como uma função terapêutica e como meio de desarticular a segregação e cronificação que o hospital proporcionava. Tratava-se de um novo modelo de assistência psiquiátrica que substituiria a rigidez do hospital e os eletrochoques por técnicas de psicodrama, discussões sociais, filmes educacionais e atividades coletivas. Outro ponto importante é que a responsabilidade terapêutica não ficava restrita aos médicos, mas incluía os demais profissionais e os próprios pacientes. Assim, a comunidade terapêutica é uma organização social democrática que envolve toda a equipe, pacientes, familiares e a própria comunidade em diferentes graus do tratamento e da administração do hospital e foi marcante para a reforma sanitária inglesa, entretanto não conseguiu colocar em xeque o problema da exclusão da loucura, reduzindo-se ao espaço asilar (Amarante, 2015b).

Em 1952 ocorre na França o movimento da ‘Psicoterapia Institucional’, no Hospital Saint-Alban, objetivando ir contra o caráter segregador e totalizador da psiquiatria e do asilo. O clima pós-guerra levou à reflexão do quanto o hospital psiquiátrico se tornou local de violência e repressão e Tosquelles¹⁹ iniciou o movimento de transformação da prática psiquiátrica na França, propondo que o hospital psiquiátrico fosse reformado para dedicar-se a terapêutica e cura da doença mental. Partia-se da premissa de que no asilo todos estavam doentes, tanto os que prestam cuidados como os pacientes internados. Logo, a ação terapêutica

¹⁹ Psiquiatra espanhol de importância para o processo de reforma psiquiátrica e que dirigiu o hospital psiquiátrico francês Hospital Saint-Alban. Maiores informações em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/8596/6488>.

deveria incidir sobre toda a instituição. A expansão da psicanálise lacaniana e das teorias de Guatarri também influenciou este movimento, pensando na terapia voltada para a instituição e no coletivo de pacientes e profissionais de todas as categorias. Entretanto, este movimento também não avançou o espaço institucional asilar e manteve a ideia do asilo psiquiátrico ser o local de acolhimento da loucura (Amarante, 2015b).

Também na França ocorreu o movimento da ‘Psiquiatria de setor’, em que os territórios foram divididos em setores geográficos que abrangiam até setenta mil habitantes referenciados a uma equipe multiprofissional de saúde. Este também era um movimento de contestação da psiquiatria asilar, que propunha que o tratamento do paciente deveria ocorrer no próprio meio social, sendo o hospital uma passagem transitória do tratamento. Cada divisão hospitalar correspondia a uma área geográfica e social e diversas outras instituições também tinham a responsabilidade de tratar o paciente, antes ou depois da internação psiquiátrica. Com isso, entende-se que a psiquiatria de setor também teve limitações como um movimento de reforma, pois manteve a instituição asilar em sua estrutura, não havendo uma transformação cultural em relação à psiquiatria (Amarante, 2015b).

Os Estados Unidos realizaram um movimento de reforma da psiquiatria a partir de um censo sobre as condições da assistência psiquiátrica, realizado em 1955. Em 1963 o presidente Kennedy apresentou um projeto de psiquiatria preventiva. Teve como pressuposto que todas as doenças mentais poderiam ser prevenidas e erradicadas da sociedade e engajou uma busca por suspeitos de portar “doença mental” através de intervenções nos guetos para mapear os hábitos, identificar os vícios e encaminhar os doentes para o tratamento psiquiátrico. Tratava-se de uma política de cuidados comunitários que incluía a instituição asilar no seu escopo institucional, mas com a proposta de humanização da assistência hospitalar e articulação de conceitos da sociologia e da psicologia behaviorista para uma definição biopsicossocial do humano que pudesse contrapor às ciências naturais e teorizar uma nova prática. Gerald Caplan foi o principal teórico dessa nova psiquiatria, que se propunha a realizar a prevenção de doenças mentais, a identificação das patologias mentais pelo diagnóstico precoce e a readaptação do paciente à vida social. Dessa forma, a psiquiatria preventiva tem a saúde mental como seu novo objeto de intervenção e a prevenção da doença mental como seu objetivo, sendo o sujeito do tratamento não mais o indivíduo, mas a coletividade, e o agente profissional não apenas o médico, mas as equipes comunitárias. Entretanto, este trabalho com a comunidade não significou a retirada dos internados no asilo para se tratarem na comunidade, sim a expansão da assistência em saúde mental para um novo contingente da população (Amarante, 2015b).

Surge com David Cooper na Inglaterra, década de 60, um movimento denunciador da psiquiatria como saber e prática sobre a loucura, combatendo as estruturas hospitalares que cristalizam o indivíduo no papel de doente mental que precisa ser tutelado pelo saber médico. Surge a proposta de reinventar a comunidade terapêutica, denunciar a violência humana sob todas as formas e a exploração de novas formas de ação. Trata-se da antipsiquiatria, que por sua vez entende a loucura como um fato social e político decorrente da alienação geral, propondo a transformação da realidade social, com um método de tratamento que valoriza a análise do discurso e psicodramatização e põe-se radicalmente contra o modelo biomédico de cuidado. Assim, não prevê tratamento químico ou físico, mas valoriza que o delírio do louco não seja podado, sim analisado como um discurso (Amarante, 2015b). Com isso, ao propor uma desconstrução completa do fenômeno da loucura, a antipsiquiatria acaba adquirindo características utópicas e distante das demandas específicas dos “doentes mentais”.

Também na década de 60 ocorre um movimento de desconstrução manicomial na Itália, que questiona os dispositivos asilares e o paradigma psiquiátrico, propondo uma psiquiatria democrática. Seu precursor foi Basaglia, que interroga o lugar da doença mental como marginal a toda sociedade e também como objeto de intervenção da medicina. Entende que a sociedade moderna, na relação com a loucura, produz a exclusão social, que se materializa na assistência manicomial. Diante disso, a psiquiatria basagliana propõe uma análise histórico-crítica da sociedade e da forma como esta se relaciona com o sofrimento e com a diferença, atribuindo importante função aos movimentos sociais. Teve como ponto de partida a experiência de Basaglia no manicômio de Gorizia, que se inspirou no modelo de comunidade terapêutica para criar um novo modelo de gestão psiquiátrica no hospital, visando superar a simples humanização do manicômio. Na década de 1970 Basaglia vai para a cidade de Trieste e realiza um processo de desmontagem do aparato manicomial e de criação de novos espaços e formas de lidar com a loucura. Sua proposta é a invenção de uma nova prática fundamentada na comunidade e nas relações que esta estabelece com o louco. Esta proposta se concretiza na criação de sete centros de saúde mental, que funcionam 24 horas por dia e que se apoiam em outros aparatos institucionais e comunitários para a promoção do cuidado em saúde mental, de modo que se possa ser, de fato, em substituição ao manicômio. Em 1973 foi criado em Bolonha o movimento Psiquiatria Democrática Italiana (PDI), que visava ser um canal de denúncia das práticas de violência institucional, fazendo alianças com forças sindicais, políticas e sociais, viabilizando a construção de bases sociais para a reforma psiquiátrica na tradição basagliana, por toda Itália. Em 13 de maio de 1978 foi aprovada a Lei Basaglia - Lei 180 (Amarante, 2015b).

Para corrente basagliana, Reforma Psiquiátrica não é apenas uma reforma no sentido de humanização do hospital, ou da expansão de serviços da assistência psiquiátrica, apesar de isto também ser necessário. A Reforma Psiquiátrica está relacionada ao conceito de desinstitucionalização proposto por Franco Rotelli, psiquiatra italiano que foi por muitos anos diretor do Departamento de Saúde Mental de Trieste e um dos importantes atores do movimento italiano. Desinstitucionalização, aqui, não é sinônimo de desospitalização e reordenação administrativa do modelo assistencial, mas sim um processo social complexo que mobiliza todos os atores sociais envolvidos para uma transformação social e política da psiquiatria, encontrando um lugar possível para a loucura na sociedade (Rotelli, 2015). Esta experiência de desinstitucionalização ocorrida em Trieste foi a única ocorrida nas sociedades industriais que eliminou totalmente o manicômio de sua rede de serviços, produzindo dispositivos de saúde mental que substituíram o asilo psiquiátrico. Ou seja, ocorreu uma desmontagem do manicômio e um reordenamento dos recursos materiais e humanos que estavam ali depositados. O primeiro passo tomado foi renunciar a ideia de que era preciso restabelecer a normalidade plenamente estabelecida, de forma que a ênfase não estava no processo de cura, sim no projeto de “invenção de saúde” e de produção de vida, de sentido, de sociabilidade. Outro passo importante foi transformar as relações de poder entre a instituição e os sujeitos e, principalmente os pacientes, eliminando os gestos de contenção, a coação e tutelas, além de reconstruir a relação do indivíduo com o próprio corpo, o direito a palavra, a capacidade de manipular objetos pessoais. Logo, a desinstitucionalização é um trabalho terapêutico voltado para a reconstituição das pessoas (Rotelli, 1990).

O hospital psiquiátrico foi abolido de Trieste oficialmente em 1980, substituindo-o pelos seguintes serviços: os Centros de Saúde Mental, que ficavam abertos 24 horas por dia e tinham aspecto residencial para receber os pacientes, mas que também se deslocava até suas casas para atendê-los, ou mediava sua rotina na cidade; o Plantão Psiquiátrico no Hospital Geral, criado para atender os casos de emergência psiquiátrica que forneciam o primeiro atendimento e referenciavam o caso ao centro competente; as Cooperativas de Trabalho, organizadas e gerenciadas pelos centros com o propósito de reinserção social e reabilitação psicossocial; o Centro para Toxicodependentes, com especificidades de atendimento a este público; o Serviço Territorial no Interior do Cárcere, que intervinha no interior do presídio para acompanhar pacientes que estavam presos ou atender a emergência de transtornos psíquicos nos presidiários. A Lei Italiana de n.180/1978 proibiu a construção de novos hospitais psiquiátricos e impossibilitou a internação de novos pacientes. Além disso, colocou os serviços

territoriais como responsáveis pelas ações de saúde mental de seu território e aboliu o estatuto de periculosidade social do doente mental, as tutelas jurídicas, a internação coagida e o tratamento forçado (Rotelli, 1990).

A desinstitucionalização basagliana foi influenciada pelas produções teóricas de Foucault, Goffman e do existencialismo fenomenológico. E, a partir disso, foram postulados dois conceitos fundamentais por Basaglia: o de ‘instituição negada’, que pressupõe a negação da instituição manicomial e a consequente transformação da prática psiquiátrica; e o de ‘doença mental entre parênteses’, que rompe com a psiquiatria positivista, que tem como objeto de intervenção a doença, para, ao invés disso, ocupar-se de tudo aquilo que se construiu em torno dela, tendo o sujeito como objeto de intervenção. Contudo, não se trata de uma negação da “doença mental” em si, sim do saber construído cientificamente sobre ela, propondo, assim, um novo modo de abordá-la. Basaglia destaca que a hospitalização asilar produz uma série de fenômenos que se sobrepõem ao sujeito e sua patologia, por consequência do fato do manicômio tornar todas as pessoas despersonalizadas e objetificadas. Ou seja, a própria condição de institucionalizado faz com que o paciente incorpore em seu comportamento características que são tomadas como do curso natural da doença, mas que na verdade fazem parte do processo de cronificação institucional, tais como; o embotamento, a agressividade, a melancolia, entre outras. Este fenômeno foi nomeado por Basaglia como o ‘duplo da doença mental’ e a estratégia que ele propunha a isto é o próprio processo de desinstitucionalização, que se embasa na desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e na invenção prático-teórica de novas formas de lidar com o sujeito em sofrimento psíquico. Logo, vai além da retirada das pessoas de dentro do manicômio, mas inclui novas estratégias de cuidado permanente sobre elas (Amarante, 2016).

2.2.2. A Reforma Psiquiátrica no Brasil

No Brasil, a segunda metade da década de 1970 foi marcada por dois fortes movimentos sociais: a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica. Em meio a um contexto político autoritário de Ditadura Militar iniciou-se um movimento pela transformação das condições de saúde da população. Era preciso refletir sobre os determinantes sociais da saúde, pensando-a como resultante da complexidade de fatores sociais, econômicos, culturais e políticos. E isso não foi somente um movimento acadêmico, mas sim de militância cotidiana, de ocupação dos espaços institucionais e de articulação com outros setores da sociedade. E, dentro deste processo mais amplo, encontra-se também o movimento pela Reforma

Psiquiátrica, que tinha como objetivo discutir de maneira política o modo como ocorria a assistência à saúde mental no Brasil e levantar novas propostas de trabalho a partir das experiências que já estavam ocorrendo fora do país (Yasui, 2010).

A primeira fase da Reforma Psiquiátrica Brasileira surge ao final da década de 1970, como crítica ao asilo e à mercantilização da loucura, algo que, no período de Ditadura Militar, foi marcado por intensificação de mecanismos para a exclusão da escória social. Começam a surgir denúncias de violência e maus tratos contra pacientes internado em grandes hospitais psiquiátricos por todo país (Delgado, 2014).

Como citamos sobre a expansão da internação psiquiátrica e mercantilização da loucura, faz-se importante destacar a obra de Daniela Arbex, jornalista e escritora, publicada em 2013, que retratou bem como os “doentes mentais” eram assistidos nos hospitais psiquiátricos, públicos ou conveniados aos institutos previdenciários. Trata-se de um livro-reportagem sobre o Hospital Colônia de Barbacena, Minas Gerais, onde sessenta mil pessoas foram mortas, rotineiramente, dentro dos muros da instituição. O genocídio ficou conhecido como Holocausto Brasileiro, dando título à obra supracitada. O hospital foi criado em 1903 para atender 200 leitos, chegando a receber cinco mil pessoas em 1961, claro que em condições desumanas. Os ‘loucos’ chegavam ao hospital através de um trem, que ficou conhecido como ‘trem dos loucos’, apesar de nem sempre estas pessoas serem doentes mentais. A maioria dos pacientes eram internados à força, tinham suas cabeças raspadas, suas roupas eram substituídas por um uniforme precário, seus nomes eram descartados pelos funcionários (que os rebatizavam), eram espancados, violados, perdiam direitos civis e a liberdade. Não tinham local para dormir, água e alimento apropriados. Os internos do hospital eram pessoas acometidas de sofrimento mental, alcoolistas, epiléticos, homossexuais, mendigos, militantes políticos, mães solteiras, mulheres adúlteras ou que perderam a virgindade sem casamento, pessoas tímidas, rebeldes, prostitutas, pessoas sem documentos e outros tipos de pessoas consideradas indesejáveis à sociedade, porém cerca de 70% deles não tinham diagnóstico de doença mental. Portanto, era um local de abandono e exclusão, onde as pessoas morriam de frio, fome, choque, doenças decorrentes de insalubridade. Além disso, após sua morte tinham seus corpos vendidos às Universidades. E, também, os bebês que eram paridos dentro do hospício eram retirados de suas mães. Os pacientes trabalhavam em serviço pesado e geravam lucro para instituição, produzindo o que seria consumido por ela.

A autora também relata que em 1979, Franco Basaglia esteve no Brasil e visitou o Hospital Colônia de Barbacena, como também outras instituições manicomiais do país. Diante

da imprensa, Basaglia declarou: “*Estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo, presenciei uma tragédia como esta*”. (ARBEX, 2013: 207) Este evento foi o grande marco precursor da Reforma Psiquiátrica no Estado de Minas Gerais. A fala de Basaglia repercutiu dentro e fora do país e no ano seguinte iniciou-se um projeto de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no Brasil, o início da abertura dos porões da loucura.²⁰ Delgado (2014) destaca que neste mesmo ano ocorreu a realização do III Congresso Mineiro de Psiquiatria, com visitas públicas ao Hospital-Colônia de Barbacena, que na época tinha 3.000 pessoas internadas. E que, juntamente com eventos que aconteceram em outros estados, ocorreram as primeiras formulações do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que denunciava: o desrespeito aos direitos humanos das pessoas internadas em hospitais psiquiátricos, as condições desfavoráveis de trabalho em que se encontravam os trabalhadores de saúde mental, a mercantilização da loucura, que gerava um alto número de internações psiquiátricas desnecessárias. Vale destacar que estes processos de desassistência e violação de direitos ocorriam nos hospitais psiquiátricos fundamentados pela ideologia de que o louco era incapaz, perigoso e que só poderia ser tratado sendo trancafiado no hospital psiquiátrico e, por isso, praticamente não havia serviços de assistência psiquiátrica fora dos asilos e manicômios, demonstrando a inexistência de uma política pública de saúde mental de âmbito nacional para além das propostas de asilamento do início do século XX.

Assim, os militantes basaglianos, do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), além do clima reformista da política, do sanitarismo e dos movimentos sociais propiciaram o surgimento de um movimento social mais amplo: a Reforma Psiquiátrica Brasileira. No Estado do Rio de Janeiro, o grande estopim foi uma greve dos profissionais das unidades da DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental), que culminou na demissão de 260 estagiários e profissionais. Para substituí-los, a DINSAM contratou bolsistas (médicos, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros) que atuavam em condições precárias de trabalho e se deparavam com situações degradantes na assistência aos pacientes, de modo que três médicos bolsistas do Centro Psiquiátrico Pedro II, no Rio de Janeiro, registraram as irregularidades do hospital no livro de ocorrências, o que não se limitou a repercussões internas, mas gerou um forte movimento social, encabeçado pelo MTSM (Movimento dos Trabalhadores

²⁰ Entretanto, ainda há instituições manicomiais no país, onde prevalecem métodos que reproduzem a exclusão e o paradigma médico-biológico manicomial. Em 2004, a Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia e do Conselho Federal da Ordem dos Advogados do Brasil realizaram uma inspeção nos hospitais psiquiátricos brasileiros e encontraram condições subumanas em vinte e oito unidades, como celas fortes, cadeados, instrumentos de contenção, registros de morte por suicídio, afogamento, agressão. Esta situação reforçou a necessidade de fechamento de leitos psiquiátricos asilares e a implantação de leitos de saúde mental em hospitais gerais (Arbex, 2013).

de Saúde Mental), para denúncias sobre a falta de recursos nas unidades, a precariedade nas condições de trabalho e a má qualidade da assistência prestada aos pacientes. Isso gerou a crise da DINSAM e o surgimento do MTSM, que se estendeu ao longo da década de 1980 buscando mudanças na implementação das políticas públicas de saúde mental no Brasil (Amarante, 2015b).

Delgado (2014) aponta que a segunda fase da Reforma Psiquiátrica brasileira, vivida ao longo da década de 1980, foi o momento de luta pela transformação de conceitos basilares e pela mudança na própria legislação, como também dos primeiros esforços de desinstitucionalização e criação de serviços comunitários. Yasui (2010) assinala que no início dos anos 80 o Brasil vivia sob crise econômica os últimos momentos da Ditadura Militar, mas também grandes lutas pela redemocratização do país. No final de 1981 foi criado o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), que no ano seguinte realizou o Plano de Reorientação da Assistência Médica da Previdência, propondo a melhoria dos serviços e a mudança do modelo assistencial que era oferecido à população. Posteriormente, foi criado o projeto de Ações Integradas de Saúde (AIS), que possibilitou o repasse de recursos financeiros da União para os estados e municípios, que foram utilizados para fomentar unidades públicas de saúde, possibilitando que em alguns estados houvesse uma reorganização da assistência a saúde. No Estado de São Paulo repercutiu no reaparelhamento dos hospitais psiquiátricos próprios, na contratação de profissionais e na ampliação da rede extra-hospitalar.

Neste período o MTSM ainda era o principal ator em busca das mudanças sociais e políticas da saúde mental, denunciando a ineficácia do sistema assistencial hospitalocêntrico e asilar, propondo a transformação da instituição manicomial²¹ e a ampliação da oferta de serviços extra-hospitalares. Com isso, foi possível se dar conta que as transformações almejadas pelo MTSM só poderiam ser alcançadas através de uma ação de âmbito nacional que pudesse romper com o paradigma manicomial e hospitalocêntrico do cuidado e, ainda, com a ideia de que o louco era perigoso e incapaz (Delgado, 2014).

Movimentos por melhorias na saúde iam ocorrendo pelo país afora. Em junho de 1987 aconteceu a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), liderada pelo MTSM, que incluiu a participação dos usuários, com temas relacionados ao Estado, à reorganização da assistência à saúde mental e à cidadania. Tinha como orientação que trabalhadores e sociedade civil combatessem a psiquiatrização do social e democratizassem as instituições e unidades de

²¹ Tal como ocorreu na Colônia Juliano Moreira e no Hospício Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro; na Colônia de Juquery, em São Paulo; no hospital São Pedro, em Porto Alegre, dentre outras.

saúde (Amarante, 2015b). A I CNSM levantou temas, como: impactos que a economia, sociedade e Estados inferiam sobre a saúde mental, sobre a Reforma Sanitária e a reorganização da assistência à saúde mental, sobre cidadania, direitos, deveres e legislações em relação aos “doentes mentais”. Deste modo, foi destacado as proposições políticas e ideológicas de que se lutava por um novo modelo de assistência e que este era antimanicomial. E a Reforma Psiquiátrica foi conquistando espaço dentro do aparelho estatal, colocando militantes e ativistas do MTSM à frente de programas estaduais e municipais de saúde mental. Inclusive em 1985 chegou a ser realizado encontro de coordenadores de Saúde Mental da região Sudeste em Vitória (ES) e em 1987 em Barbacena (MG), com forte presença de militantes nos cargos de gestores (Yasui, 2010). Posteriormente, outros encontros de militantes aconteceram e a construção do Sistema Único de Saúde só veio a viabilizar as mudanças que a Reforma Psiquiátrica propunha.

Inicia-se, então, um processo de profunda transformação do cuidado em Saúde Mental, através da desmontagem dos conceitos basilares da psiquiatria hospitalocêntrica e medicalizante, reinventando o seu campo teórico-conceitual e técnico-assistencial (Yasui, 2010). Como o imaginário social sobre a loucura é permeado de preconceitos, estigmas e estereótipos que afastam as pessoas acometidas por algum tipo de transtorno mental da sociedade, a proposta da Reforma Psiquiátrica é uma mudança epistemológica, ética e política, que transforma a relação entre a sociedade e loucura e que, ao seguir a proposta basagliana de colocar a doença entre parênteses, enxerga um ser subjetivo, político e social, além de biológico (Amarante, 2012).

Em dezembro de 1987 acontece em Bauru (SP) um evento que foi considerado o grande marco para a Reforma Psiquiátrica Brasileira: o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental. Os eixos de discussão abordavam o tema da organização dos trabalhadores de saúde mental, das práticas concretas de saúde mental que já estavam acontecendo e da desconstrução do manicômio. Foi este evento que levantou o lema; ‘Por uma sociedade sem manicômios’, que passou a ser adotado nacionalmente como marca de uma ruptura profunda e radical com o modelo hegemônico médico-centrado, hospitalocêntrico e manicomial. Além dos profissionais e gestores, participaram usuários, familiares, estudantes e outras pessoas da comunidade. Este evento se tornou grande marco para Reforma Psiquiátrica Brasileira porque inaugurou o nascimento de um novo movimento: o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, que não se compunha apenas de trabalhadores, mas sim de todos atores que se propunham a lutar pela causa, propondo-se a existir como um movimento social que articula

peças e propostas, sem sede, inscrição ou rituais de filiação. E neste evento também foi deliberado que o dia 18 de maio seria o Dia Nacional de Luta Antimanicomial, data que ainda está instituída no Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) (Yasui, 2010).

A experiência de Reforma Psiquiátrica implantada por Basaglia na Itália, por meio de serviços territoriais e cooperativas de trabalho, foi de grande inspiração para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. E no final dos anos 80 foram se construindo alternativas ao modelo manicomial de assistência, que mostravam ser possível o fechamento de um hospital psiquiátrico acusado de maus tratos e violação de direitos das pessoas internadas para substituí-lo por novos serviços de saúde de atenção comunitária e interdisciplinar (Delgado, 2014).

Em 1987 surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Professor Luiz da Rocha Cerqueira, no centro da cidade de São Paulo, com a proposta de unir líderes comunitários e profissionais para desenvolver uma nova experiência de cuidado para com as pessoas excluídas da sociedade por estar acometida de algum tipo de transtorno mental. Um de seus vieses era a reabilitação psicossocial, que se voltava para pessoas que passaram por longos períodos de internação psiquiátrica e que precisavam se reinserir no laço e espaço social (Amarante, 2015b). Outra experiência relevante ocorreu na cidade de Santos (SP), que iniciou seu processo de transformação da assistência em saúde mental por meio da intervenção que a Secretaria Municipal de Saúde realizou na Casa de Saúde Anchieta, hospital psiquiátrico privado conveniado ao SUS, acusado de grandes barbaridades, que incluíam mortes de pacientes. A partir da desmontagem do manicômio iniciou-se um processo de implantação de uma rede de atenção em saúde mental substitutiva, ancorando-se na desconstrução do paradigma psiquiátrico e na construção da saúde mental como território de cidadania. Foi uma experiência de grande repercussão, constituída por: NAPS (unidades de cuidado regionalizado que funcionavam todos os dias por 24 horas); Pronto-Socorro Psiquiátrico Municipal (retaguarda de atenção à crise no âmbito da urgência/emergência); Unidade de Reabilitação Psicossocial (coordenava e desenvolvia empreendimentos de trabalho); Centro de Convivência Tam-Tam (desenvolvia projetos culturais e atividades artesanais); Lar Abrigado República Manoel da Silva Neto (moradia para usuários gravemente institucionalizados, com debilidades físicas e sociais). Este foi o primeiro modelo brasileiro de uma rede de assistência em saúde mental, que articulava vários setores importantes para a reabilitação psicossocial e o cuidado neste âmbito.²² Também em 1989 o município de São Paulo realizou a constituição de uma rede de serviços e estratégias para atenção em saúde mental, como o hospital-dia, os centros de

²² Experiência riquíssima que foi desarticulada por governantes posteriores.

convivência, emergências psiquiátricas, leitos psiquiátricos em hospital geral, organizando-se segundo os princípios de hierarquização dos serviços de saúde (Yasui, 2010).

De tal modo, o Brasil foi vivendo o processo de germinação da implantação da política de saúde mental. Ambas as experiências, de São Paulo e Santos, são oriundas do fechamento de hospitais psiquiátricos, por abandono e maus tratos aos pacientes. Esta nova concepção de tratamento precisava estar sustentada numa lei nacional. Por consequência dessas mudanças no paradigma de saúde mental, o deputado Paulo Delgado, do PT de Minas Gerais, apresentou à Câmara o Projeto de Lei 3657 de 1989, que após 12 anos de debate resultou na Lei 10.216 de 2001 (Delgado, 2011). Entra-se, assim, na terceira fase da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que ocorreu na década de 1990 até a aprovação da Lei da Reforma, em 2001, demarcando um período de construção de uma Política Nacional de Saúde Mental. Um importante fator é que, com o advento do SUS, as propostas da Reforma Psiquiátrica Brasileira passaram a fazer parte da orientação da política pública de saúde de âmbito nacional, permitindo que fosse possível a execução da proposta de substituir o manicômio psiquiátrico por serviços de atenção psicossocial, de base comunitária (Delgado, 2014).

Entretanto, os anos 90 também foram marcados pelo início da implementação da política econômica neoliberal como estratégia à crise que o Brasil enfrentara nos anos anteriores ao do governo de Fernando Collor de Mello, iniciado exatamente em 1990. E esta modalidade econômica reflete diretamente na implantação de políticas sociais e na visão do Estado enquanto mantenedor de políticas públicas. A aprovação da Lei Orgânica da Saúde só foi possível através de muita articulação e mobilização social e política. A Reforma Psiquiátrica Brasileira também precisou articular seus serviços com associações de usuários e familiares, organizações não governamentais, sindicatos, dentre outros, mantendo a identidade de movimento social e, ao mesmo tempo, ocupando espaços de gestão. Um ponto positivo foi a publicação das portarias nº 189/1991, que ampliou as possibilidades de transferência de recursos financeiros da saúde mental²³, contemplando as novas experiências de saúde mental que estavam sendo realizadas, como oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, por exemplo, e a portaria nº 224/1992, que estabeleceu diretrizes e normas para a assistência em saúde mental, incentivando a criação de NAPS/CAPS por todo país. E outras portarias foram publicadas objetivando que houvesse maior fiscalização e controle da assistência dos hospitais psiquiátricos, estabelecendo condições mínimas de funcionamento (Yasui, 2010).

²³ Até então o recurso era obtido a partir da internação e das consultas ambulatoriais.

Em dezembro de 1992 aconteceu a II Conferência Nacional de Saúde Mental (II CNSM), que discutiu os seguintes temas: crise, democracia e Reforma Psiquiátrica; modelos de atenção em saúde mental; direitos e cidadania. O cenário já era outro: o projeto de Lei de Paulo Delgado estava tramitando no Senado, já havia leis estaduais similares aprovadas ou em tramitação, já haviam portarias ministeriais que fomentavam a implantação de serviços comunitários e a fiscalização dos hospitais psiquiátricos, já existiam diversas associações de usuários atuando no campo social em diversos locais. O relatório da II CNSM apontou os avanços alcançados e os desafios a serem enfrentados e algumas das propostas apresentadas se efetivaram. E, assim, o MLA se estendeu para além do campo da saúde mental, articulando-se com outros segmentos da sociedade. Outro evento importante ocorreu em 1993, em Salvador (BA), o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, que tinha como proposta inserir a questão da saúde mental em todos os movimentos sociais. E no mesmo ano foi realizado em Santos (SP) o III Encontro Nacional de Usuários e Familiares, no qual foi escrito a ‘Carta de Direitos dos Usuários e Familiares de Serviços de Saúde Mental’, a partir de um debate dos presentes em torno dos princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica (Yasui, 2010).

Vale destacar que o Projeto de Lei Paulo Delgado propiciou um amplo debate, mas demorou a efetivar-se enquanto Lei Federal e, com isso, durante o tempo de tramitação deste, foram criadas leis locais e normatizações estaduais e municipais, de modo a possibilitar a realização da Reforma Psiquiátrica no país, através do fechamento de instituições manicomiais e da criação de serviços substitutos. Além disso, em 14 de novembro de 1990 o Brasil assinou a Declaração de Caracas, instituída pela OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde – e a OMS – Organização Mundial de Saúde -, visando a reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina, sendo também um instrumento de fortalecimento aos movimentos reformistas. Portanto, o Brasil pôde ter suas primeiras normatizações federais de regulamentação da saúde mental através da Declaração de Caracas e da II Conferência Nacional de Saúde Mental/1992, viabilizando a implantação de sua rede extra-hospitalar, mas ainda sem financiamento específico para os serviços comunitários de saúde mental (Brasil, 2005).

A articulação das propostas basaglianas com a Declaração de Caracas abriram possibilidades para as ações de saúde mental no âmbito da Coordenação Nacional de Saúde Mental que, inicialmente, se voltou para a avaliação da qualidade da assistência que era oferecida nos hospitais psiquiátricos para, posteriormente, verdadeiramente se comprometer com os princípios da desinstitucionalização, que prevê o fechamento dos manicômios e a substituição por serviços comunitários (Borges e De Faria Baptista, 2008).

A quarta fase da Reforma Psiquiátrica Brasileira inicia-se a partir da promulgação da Lei 10.216/2001²⁴, período caracterizado pela implantação de serviços e pela busca da sustentabilidade técnica e financeira da política (Delgado, 2014). Esta lei, que possibilitou a implantação de uma Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), inaugurou tanto o paciente como sujeito político detentor de direitos fundamentais, como a possibilidade de uma rede de serviços de atenção comunitária, substitutiva ao hospital psiquiátrico.

Yasui (2010) coloca que este era o período de desinstitucionalização da Reforma Psiquiátrica. A proposta de extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros serviços foi transformada em um texto que mantinha a estrutura hospitalar existente, mas com a regulação das internações psiquiátricas e um pequeno apontamento para a mudança de modelo assistencial, priorizando o cuidado em serviços comunitários. O autor também destaca que em 2001, aconteceu a III Conferência Nacional de Saúde Mental (III CNSM), com o intuito de fomentar as propostas da Reforma Psiquiátrica Brasileira e consolidar sua expansão pelo país. Além disso, este evento abordou sobre a reorientação do modelo assistencial em saúde mental, a política de recursos humanos, o financiamento, a acessibilidade, controle social, direitos e cidadania. Posteriormente, em 2002, o Ministério da Saúde promulgou a Portaria nº 336, que estabeleceu as diversas modalidades de CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e suas necessidades de estruturação. Com isso, o CAPS passou a ser o principal ordenador das demandas e ações de saúde mental do território. Ocorreram também mudanças no financiamento aos serviços de saúde mental, que passou a ser realizado por Autorização de Procedimentos de Alto Custo (Apac), colocando os recursos de saúde mental como ‘extrateto’ aos recursos de saúde do município. Entretanto, houve um esfriamento dos movimentos sociais da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Além do processo crescente de terceirização dos recursos humanos dos serviços públicos, os grandes militantes do MLA passaram a atuar na gestão e, com isso, as normas e portarias passaram a ser os principais condutores do processo da reforma, esvaziando a discussão da clínica e de experiências inovadoras.

Este período da Reforma Psiquiátrica Brasileira traz consigo mais dois importantes processos a serem avançados: a premissa central na cidadania do usuário da saúde mental e a consolidação da rede de serviços de saúde mental. Os CAPS foram se expandindo ao longo do território brasileiro, com o desafio de alcançar sustentabilidade financeira, através de recursos dos três níveis de gestão do SUS; sustentabilidade técnica, assegurando qualificação da assistência, através de supervisão, educação permanente, ampliação do acesso; sustentabilidade

²⁴ Cujo texto final estava distante do que havia sido proposto no Projeto de Lei 3.657/1989.

política, com apoio da gestão pública e da comunidade no enfrentamento de circunstâncias contrárias à Reforma Psiquiátrica Brasileira; sustentabilidade científica, através da produção e divulgação de estudos e conhecimento científico acerca do que é realizado pelos serviços de saúde mental no Brasil (Yasui, 2010).

Um importante papel da Reforma Psiquiátrica Brasileira é a desinstitucionalização da loucura, não só pela retirada das pessoas internadas por longos períodos nos hospitais psiquiátricos, através do desmonte do manicômio, mas também pela desconstrução do estigma sobre a loucura, que coloca o sujeito com transtorno mental como doente, incapaz e perigoso. Rotelli (1990) destacou que a desinstitucionalização deve ser tomada como princípio de trabalho em Saúde Mental, diferindo este conceito do de desospitalização, praticada em alguns países da Europa e nos Estados Unidos através de práticas que humanizavam a assistência em saúde mental, com uma certa redução de leitos psiquiátricos, mas sem a preocupação de realmente encerrar as práticas asilares e construir novos dispositivos de cuidado. Como já citado, foi a experiência italiana de Reforma Psiquiátrica que realmente deu um novo sentido para a desinstitucionalização: o de reconstrução do processo de transformação da instituição psiquiátrica, através da construção de uma nova política de saúde mental e de novas práticas de cuidado, além de um novo olhar sobre a doença mental. Dessa forma, foi preciso desmontar o manicômio, tomar o sujeito como objeto de intervenção (e não mais a doença) e produzir terapêuticas que pudessem atuar no território comunitário e serem capaz de substituir a instituição manicomial.

A Constituição de 1988 e a Lei Orgânica do SUS de 1990, sem dúvida, foram fundamentais para possibilitarem intervenções mais precisas em Saúde Mental. Houve um período mais latente da Coordenação Nacional de Saúde Mental de 1997 a 1999, com forte retomada do seu viés político em 2000, com a nomeação de Pedro Delgado, militante da reforma. Mas a aprovação da Lei 10.216 de 2001 e a realização da III CNSM só vieram a fortalecer este momento (Borges e De Faria Baptista, 2008).

O processo de desinstitucionalização foi impulsionado pelo Programa de Volta Para Casa (Lei 10.708 de 2003), que tinha como objetivo oferecer subsídios para o processo de reinserção social dos usuários egressos de longas internações psiquiátricas, através do pagamento de uma indenização mensal, que serviria como auxílio-reabilitação para usufruto do mesmo. E, em 2004, o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar do SUS (PRH) viabilizou a redução progressiva e pactuada de leitos nos grandes hospitais psiquiátricos do Brasil, através do planejamento e pactuação entre os gestores para que o fechamento dos

hospitais não gerasse desassistência e pudesse ocorrer paralelamente à implantação de uma rede substitutiva com dispositivos comunitários (Brasil, 2005).

Houve uma grande expansão e consolidação da Rede de Atenção Psicossocial de 2001 a 2010, que incluiu a implantação de CAPS, CAPSi²⁵, CAPS AD²⁶, SRT²⁷, além de um fortalecimento paralelo da Rede de Atenção Primária em Saúde. Entretanto, há importantes barreiras ao avanço da Política de Saúde Mental no Brasil, como: gestores estaduais e municipais não comprometidos com a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica, Poder Legislativo e Judiciário com visões conservadoras sobre as políticas públicas, impacto do conservadorismo das grandes mídias, precarização dos vínculos de trabalho dos profissionais de saúde, entrada maciça de gestores e trabalhadores sem conhecimento e engajamento político com a Reforma Psiquiátrica (Vasconcelos, 2010).

2.2.3. CAPS, do que se trata?

Podemos dizer que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são a principal resposta do movimento de Reforma Psiquiátrica ocorrido no Brasil à seguinte questão: seria possível uma sociedade sem manicômios? Para encontrar respostas a esta questão, é importante levantar informações sobre o primeiro CAPS implantado no Brasil, já citado neste capítulo. Trata-se do Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS Itapeva, localizado bem no centro da cidade de São Paulo e que foi implantado em 1987. Pitta (2011) destaca que um marco inaugural e paradigmático de uma nova prática de cuidados foi a implantação deste primeiro CAPS. O segundo foi a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, ocorrida no município de Santos em 1989, que resultou na construção de uma Rede de Atenção Psicossocial local. É importante destacar que a origem do CAPS está na fundação de uma ‘clínica ampliada’, que também podemos chamar de clínica da reforma, ou clínica da atenção psicossocial, na qual o sujeito em sofrimento é tomado como destaque, ao invés da doença psiquiátrica. Esta clínica se institui num novo modo de cuidar, através da articulação com o território na qual está inserida. Este modo de clinicar, inicialmente, se ancorou na psicanálise, no uso racional dos psicofármacos e nas práticas de inclusão social. Foi uma experiência que trouxe esperança aos reformadores brasileiros de que seria possível extinguir os manicômios, mas que seria necessário, antes, implantar novos modelos de assistência.

²⁵ Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil.

²⁶ Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e outras Drogas.

²⁷ Serviço Residencial Terapêutico.

Domingos Sávio, o Coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde da época, lançou as portarias 189/91 e 224/92 visando fomentar práticas semelhantes por todo território brasileiro.

Do parágrafo anterior já podemos extrair a seguinte afirmação: CAPS é o principal local para novas formas de cuidado em saúde mental, acrescentando que este novo paradigma se contrapõe ao que se impunha até então: o hospício para os loucos, como mais frequente prática de assistência em saúde mental. Yasui (1989) destaca sua participação na construção do primeiro CAPS do Brasil. Primeiramente, ele aponta a importância do psiquiatra Luiz Cerqueira neste processo, que estava à frente da Coordenadoria de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo em 1973 e proibiu as internações no Juqueri²⁸ e lançou as primeiras implantações de uma nova assistência em saúde mental, além de tentar conter as internações na rede privada. Foi criado pronto-socorro para estadia de curta duração e pequenas experiências de saúde mental na atenção primária foram ocorrendo no distrito de Pinheiros e Butantã. De 1984 a 1986, com um certo suporte do governo do Estado de São Paulo, vários ambulatórios de saúde mental foram inaugurados, equipes multiprofissionais foram implantadas em centros de saúde, os serviços públicos existentes começaram a se articular entre si e os hospitais psiquiátricos públicos foram também reformados. Em meio a forças de oposição à Reforma Psiquiátrica Brasileira, que se impunham também naquele local, o CAPS foi inaugurado oficialmente em 12 de março de 1987.

Yasui (1989) descreve a criação do primeiro CAPS do Brasil: inicialmente o atendimento dos usuários ocorria no período da manhã e a parte da tarde ficava destinada a atividades internas, como reuniões, treinamentos, discussões de casos. A partir de agosto de 1988, após diversas mudanças na equipe, o horário da tarde também passou a ser de atendimento aos usuários; todos os que procuravam o serviço passavam por uma triagem e, ao serem admitidos, o usuário e sua família tinham um tempo de quinze a trinta dias para conhecer o que era oferecido pelo CAPS e definir, junto com os profissionais, as atividades que frequentaria no serviço; o objetivo era ser um local de referência para os usuários; o CAPS dispunha de uma sala de atividades com materiais para desenvolver trabalhos manuais (pintura, argila, bordado, tapeçaria, etc), de uma programação de atividades abertas (vídeo, passeios, jardinagem, expressão corporal, jornal), de modalidades terapêuticas com enquadre fixo (atendimento individual, grupo terapêutico verbal, grupo de terapia ocupacional, atendimento familiar, atendimento medicamentoso) e o próprio usuário também poderia propor e organizar

²⁸ O Hospital Psiquiátrico do Juqueri é uma das mais antigas e maiores colônias psiquiátricas do Brasil, localizada em Franco da Rocha, na região metropolitana de São Paulo.

uma nova atividade, como um jogo de xadrez ou de pingue-pongue. E o serviço foi se ampliando, criando ateliê de trabalhos manuais, cooperativas para produzir e vender trabalhos, além da implantação do terceiro turno como ponto de encontro para atividades culturais, recreativas, dentre outras. A direção era que se pudesse ampliar e diversificar as possibilidades de intervenção e invenção terapêuticas, de modo que o usuário fosse percebendo-se e construindo-se, a seu modo e a seu tempo.

Hoje o Brasil possui uma Política Nacional de Saúde Mental que tem como direção a articulação em rede de dispositivos que possam ser substitutivos ao manicômio, e que está amparada pela Lei 10.216/2001, pelas Portarias do Ministério da Saúde 336/2002 e 3.088/2011, dentre outras. São dispositivos que atuam em rede, no território comunitário, com o objetivo de oferecer cuidado e atenção aos casos de saúde mental, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), a Estratégia Saúde da Família (ESF), os Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, as Unidades de Acolhimento (UA), os Centros de Convivência, rede esta que possui, também, a função de mediar a relação da loucura com a sociedade.

Como citado acima, a implantação de CAPS no Brasil antecedeu-se à promulgação da Lei 10.216. Entretanto, os CAPS só passaram a receber uma linha específica de financiamento do Ministério da Saúde a partir de 2002, com a Portaria 336. Anteriormente a ela, a *Portaria SNAS n.º. 224/92* possibilitava a organização do CAPS como um serviço de saúde mental para a saúde pública, mas não contemplava a dimensão do financiamento (Brasil, 2005). Vale destacar que nos anos de 1990 alguns estados e municípios foram criando e implantando serviços comunitários de saúde mental, apoiados pela portaria 224/1992 e incentivos próprios. O município que serve de objeto de estudo para esta dissertação foi um destes, assunto que será abordado no quarto capítulo. Contudo, a implantação de CAPS entrou em maior expansão no território brasileiro após a Lei 10.216 ser aprovada em 2001.

A Portaria 336/2002 do Ministério da Saúde define as diversas modalidades de CAPS, de acordo com o seu porte, capacidade de atendimento, clientela a ser atendida. Os CAPS I possuíam o menor porte e deveriam abranger toda a clientela da saúde mental, sendo destinados a municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. Já o CAPS II, deveria atender a municípios com mais de 70.000 habitantes, voltado principalmente para a clientela de adultos com transtornos mentais graves e persistentes. Já os municípios com população superior a 200.000 habitantes, deveriam ter um serviço com maior porte, em funcionamento de 24 horas – o CAPS III. Além disso, também previa a criação de CAPSi (voltado para o público infanto-

juvenil) e a criação de CAPS AD (serviço de atendimento a usuários com transtornos mentais decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas), ambos voltados para município com população superior a 200.000 habitantes.

O CAPS é a estratégia da transformação da assistência em saúde mental e deve desenvolver uma complexidade de ações que contemple as diversas maneiras de existir. A construção dessas ações inicia-se no acolhimento, na escuta. Durante este processo, desenha-se uma proposta de ações pactuadas entre diferentes atores: usuário, família, comunidade, profissionais do CAPS e de outros setores. Tecer a rede de alianças em torno do cuidado é uma das dimensões essenciais do trabalho do CAPS. Isso é contrapor-se ao paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico, lançando mão do paradigma psicossocial e colocando-se como estratégico para o cuidado em saúde mental, através de uma rede de cuidados, da transdisciplinaridade dos profissionais, das práticas coletivas de saúde e dos processos cotidianos de trabalho (Yasui, 2010).

É importante destacar que o modelo de CAPS foi inspirado principalmente na experiência da Psiquiatria Democrática de Basaglia, já abordada neste capítulo, que enfatizou a experiência de Trieste, em que foram criados Centros de Saúde Mental (CSM) 24 horas, juntamente com outros serviços. Butti (2015) aponta que o CSM tinha portas abertas para acolher, além das pessoas agendadas, aqueles que surgiam com alguma demanda de atendimento. Nele ocorriam oficinas terapêuticas (escrita criativa, ginástica, desenho, etc), refeições e dali partiam as visitas domiciliares para acompanhar as pessoas egressas do hospital psiquiátrico que passaram a viver em suas casas. O CSM era o responsável por conhecer o seu público e com ele criar um programa de tratamento. Havia um pronto-socorro psiquiátrico, que também recebia as pessoas que necessitavam de internação noturna, além daqueles que ainda não conheciam o CSM e, neste segundo caso, a equipe do CSM era acionada.

Retomando a ideia de que CAPS é um local destinado para novas práticas de cuidado, a partir da desconstrução da assistência manicomial, podemos dizer que o CAPS é um dispositivo estratégico de cuidado, ou seja, é um modo de operar cuidado que implica uma outra lógica de atenção (que contrapõe-se à lógica médico-curativa e hospitalocêntrica) e que tem como principal função a desinstitucionalização da loucura, através da produção de uma relação diferente entre a loucura e a sociedade. Portanto, o CAPS como local estratégico de cuidado se sustenta no seguinte tripé: a rede, a clínica e o cotidiano. A noção de rede se articula com a noção de território e ambas se referem ao campo de abrangência do CAPS e seus usuários, pois entende-se que as ações de cuidado precisam acontecer onde o usuário vive e constrói relações

políticas, sociais e afetivas. A partir disso é possível compreender que há uma especificidade na clínica do CAPS, pois esta se refere a uma prática particular de cuidado, ou seja, no CAPS a clínica é fruto da relação deste serviço com a comunidade, como também com o usuário que é atendido. Dessa forma, é de suma importância o que se passa entre a equipe de cuidado e usuário, como também a maneira como ele se relaciona com o mundo a sua volta. Portanto, a clínica do CAPS introduz em sua dimensão conceitos do campo social e político e toma como direção do cuidado o agenciamento na construção de novos laços sociais. Tomando como exemplo um usuário egresso de internação de longa permanência, é preciso investir intensamente na construção de redes alternativas de cuidado e suporte na comunidade, agenciando o tempo todo a relação que este sujeito está (re)construindo com o território, que vai desde o acompanhamento dos familiares (ou pessoas que exerçam a função de cuidado) até a aquisição de direitos sociais e benefícios que subsidiem a vida social do usuário (Leal e Delgado, 2007).

O CAPS como local de produção de vida e saúde possui um cotidiano, que é o que ocorre em seu dia-a-dia, de modo a fazer cumprir-se sua função. A ideia de cotidiano é o espaço de vida, o lugar de existência de todos nós, e em se tratando do CAPS está relacionado às atividades, espaços e movimentos realizados a partir da relação entre profissionais e usuários, que são os protagonistas da existência do CAPS. Assim, o cotidiano do CAPS não deve ser rígido e inflexível, nem deve reduzir o que ocorre no serviço a sintomas da doença mental, mas deve considerar o cotidiano do usuário como um modo de vida, uma forma de existir e estar no mundo, e a partir disso construir sua prática. Portanto, as intervenções em um CAPS partem da história vivida pelos usuários para a construção de um cuidado que não os reduza à doença mental, mas que os valorizem como sujeitos. Logo, o tratamento oferecido pelo CAPS não irá se limitar ao seu espaço físico, mas irá se estender ao território, incluindo na oferta de atividades e recursos terapêuticos. A dicotomia dentro/fora precisa estar relativizada, pois as atividades que ocorrem dentro do CAPS só terão sentido se estiverem articuladas com a vida fora do CAPS. Do contrário, serão meros meios de se passar o tempo (Leal e Delgado, 2007).

O CAPS tem como tarefa primordial agenciar a loucura para a vida em comunidade. Isso requer um intenso trabalho de agenciamento no território, pois sustentar a vida na cidade requer a construção de redes alternativas de cuidado e suporte na comunidade. A Atenção Psicossocial que orienta a sua clínica é o conjunto de princípios e preceitos que definem uma prática particular de cuidado e que é fruto da relação do serviço com a comunidade e com o sofrimento psíquico do paciente. É desta relação que se produz a intervenção. O cuidado deixa

de dizer respeito apenas à doença e passa a dizer respeito também ao sujeito que sofre e ao modo de sofrer que constrói a partir da relação com o social. As ações de cuidado passam a acontecer onde o sujeito vive (Leal; Delgado, 2007).

Em 2010, o Ministério da Saúde lançou a Portaria nº 4.279, que estabelece diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde, visando concretizar a organização das ações e serviços do SUS, buscando garantir a integralidade do cuidado através da superação da intensa fragmentação das ações e serviços de saúde. Assim, o objetivo era garantir a eficácia na produção de cuidados, melhorar a eficiência da gestão em saúde e contribuir para o avanço e efetivação do SUS. Com a saúde mental não é diferente, faz-se necessário ser uma política pública que visa à integralidade do cuidado e, para isso, articulada em rede. Havia um distanciamento entre as ações do CAPS para com as ações da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e as ações dos atendimentos de urgência/hospitalares. No cotidiano do trabalho, delegavam-se todas as ações de cuidado e acompanhamento em saúde mental ao CAPS e, é claro, dessa maneira jamais seria possível ser substitutivo ao hospital psiquiátrico, além de não ser sua proposta estar solitário nesta ação.

Toda política de saúde mental deve funcionar em rede e segundo a lógica do território, que não se restringe à área geográfica, mas se constitui fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, interesses, amigos, vizinhos, família, instituições, cenários, vínculos, rupturas. Por fim, no território é possível encontrar recursos que possam transformar a relação com a loucura. A ESF, por exemplo, é uma boa parceria em ações de inclusão social no próprio território. (Oliveira, 2004) Portanto, o CAPS deve atuar numa perspectiva mais ampliada de saúde, incluindo o debate acerca da conquista e exercício da cidadania, substituindo o lugar onde não havia trocas sociais (o manicômio) pelo território, onde as possibilidades de laço social são múltiplas. Desta forma, o foco de atenção será o sujeito e sua família, não mais a doença, e o cuidado poderá ser intensivo (acolhimento, atenção diária, inserção no território, vínculo, convivência). É um espaço de construção de sujeitos sociais através da produção de subjetividade, convivência, solidariedade, sociabilidade e inclusão, ou seja, de construção de projetos de vida. Para isso, é preciso que o CAPS estabeleça laços para além dos serviços de saúde, mantendo relações com a cultura local e com outros dispositivos da rede. Somente assim será possível afetar o imaginário social sobre a loucura, principal proposta da Reforma Psiquiátrica (Cardozo de Souza; De Freitas Guljor; Lima da Silva, 2014).

A Reforma Psiquiátrica tem como direção que não devemos estreitar os campos onde a loucura possa transitar, pois ela abrange problemas que ultrapassam o campo da saúde mental

e do próprio Sistema único de Saúde (SUS), como pobreza, exclusão, renda, violação de direitos, educação. Para tanto, não dá para atuar numa concepção limitada de rede: para atender a proposta de desinstitucionalização da loucura é necessário ultrapassar as fronteiras sanitárias, articulando uma rede comunitária de cuidados, englobando diversos serviços substitutivos ao manicômio e se conectando a outros espaços da cidade para suporte à crise, como também suporte social, para a desinstitucionalização da loucura (Dimenstein; Liberato, 2009).

Entendendo a proposta de desinstitucionalização não só como uma reestruturação técnica, mas sim como um processo permanente e complexo de transformação das práticas de cuidado em saúde mental, como também da relação desta com a sociedade (Amarante, 2003), verificamos que o cuidado em saúde mental deve ser ampliado para além do CAPS. Uma das propostas é que o campo da atenção psicossocial esteja no território, na Atenção Básica em Saúde, através da Estratégia Saúde da Família e seus atores. Lancetti (2014) destaca que é necessário que a clínica transpasse as paredes do consultório. Trata-se da ‘clínica peripatética’, isto é, aquela que acontece fora do *setting* tradicional, mas em movimento - como passeios, caminhadas, etc. Com a desconstrução manicomial é necessário inventar uma clínica que possa “colocar as pessoas de pé” e produzir o desejo de viver fora do hospício, incluindo ainda a relação com a cidade. É necessário trabalhar com a integralidade de ações e serviços, além de explorar as atividades coletivas. Portanto, os CAPS precisam: atender de portas abertas (em contraposição ao hospital, que atendia a portas fechadas), priorizar os casos mais difíceis (com risco de morte, maior sofrimento ou maior inconveniente para a sociedade), estabelecer parceria com a Estratégia Saúde da Família, operar no território geográfico e existencial da população, produzir saúde mental de modo intenso, complexo e sempre renovado.

É necessário construir novas práticas, novas estratégias de ação, ocupar-se dos sujeitos em sofrimento, incluindo outros paradigmas centrados no cuidado. A PNSM não pode se reduzir à implantação de CAPS. A clínica da Reforma Psiquiátrica é um processo permanente de invenção e deve permanecer entre parênteses (Amarante, 2003). Com a invenção de novas possibilidades de clínica, contribui-se para a formação dos trabalhadores e para construção de novos dispositivos em saúde mental. É preciso romper com a ideia de que há um saber especializado que irá dar conta das questões que, por muito tempo, o hospital psiquiátrico se propôs a dar. Franco Rotelli (2015, p. 39) destaca: “...somente se continuarmos a repetir que ‘não sabemos nada sobre a loucura’ é que poderemos abrir nosso olhar, abrir nossa mente, abrir nosso corpo, abrir a cidade aos loucos”. Ao fazer isso, na própria experiência e no próprio

intervir, algo novo se dá. É na criação de *settings* apropriados às necessidades do trabalho que poderemos construir condições e situações capazes de intervir na realidade.

A aprovação da Lei 10.216 de 2001 trouxe a expansão e consolidação da Rede de Atenção Psicossocial no Brasil, principalmente de CAPS, além de possibilitar a inclusão da temática da saúde mental na agenda política da saúde. Entretanto, algumas barreiras se levantaram e impossibilitaram um maior avanço da política de saúde mental no país, dentre elas destacamos: forte precarização dos vínculos de trabalho dos profissionais, decorrente da atual conjuntura neoliberal do Brasil, que vem, cada vez mais, realizando a prestação de serviços públicos à população através de contratos de gestão com empresas privadas ou organizações sociais e/ou filantrópicas. Isso implica no enfraquecimento da saúde mental enquanto movimento social, em vínculos de trabalho precários, em gestões autoritárias e sem a participação popular. Outro ponto a ser destacado é a execução política em diversos municípios com características mais conservadoras, que servem ao capital e não fortalecem a democracia, além de muito distante da experiência política e profissional com a Reforma Psiquiátrica. Um terceiro ponto a ser enfatizado deve-se a um conservadorismo também presente na ciência, com tendência a valorização do conhecimento biomédico em detrimento das ciências sociais, associado ao fortalecimento da luta corporativa médica (Projeto de Lei do Ato Médico – PL 7.703/06) e da adentrada de profissionais antirreformistas nos serviços públicos de saúde, como, por exemplo, psiquiatras com forte identificação com o discurso biomédico e medicalizante-curativo da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Dessa maneira, é de suma importância o fortalecimento dos serviços comunitários de saúde e da intersectorialidade, através da luta popular-democrática dos trabalhadores, usuários e familiares (Vasconcelos, 2010).

Fortalecer os serviços de saúde mental e os movimentos sociais é a estratégia necessária para que a Reforma Psiquiátrica continue em movimento. O risco de perder seus avanços alcançados e seu espaço político conquistado ao longo de anos surgiu com maior ênfase após o *impeachment* da Presidenta Dilma Rousseff em dezembro de 2015. No mesmo mês, o governo que golpeou o país nomeou para Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (CGMAD/MS) o médico psiquiatra Valencius Wurch, ex-diretor da Casa de Saúde Dr. Eiras (Paracambi – RJ), ou seja, um psiquiatra que não representa a política nacional de saúde mental vigente até então no SUS. A nomeação de um ex-diretor de manicômio para o mais importante cargo político da saúde mental impactou diversos trabalhadores, usuários e familiares, que se mobilizaram por todo o país contra esta decisão num importante movimento

que chegou até mesmo a ocupar a sala da coordenação em Brasília²⁹. A ocupação perdurou até abril de 2016, sendo desmantelada com a presença truculenta de oficiais de Justiça e policiais. Valencius foi exonerado do cargo no mês seguinte, mas isto não impediu que retrocessos na política de saúde mental fossem realizados pelo novo coordenador, o médico psiquiatra Quirino Cordeiro Júnior, organicamente vinculado à Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Dentre eles está a Resolução n. 32 de 14 de dezembro de 2017 que, numa roupagem de que estaria criando diretrizes para o fortalecimento da RAPS vem, na verdade, preconizar Hospitais Psiquiátricos e Comunidades Terapêuticas em detrimento dos CAPS e demais serviços abertos da RAPS, incluindo também a destinação de recursos públicos que seriam do CAPS para estas instituições manicomiais citadas. E o risco se agrava ainda mais com a eleição de um novo governo em 2018, totalmente conservador, manipulador, antidemocrático e militarista, com características de saudosismo da Ditadura Militar, além de ser confuso no direcionamento das propostas de governo. Com isso, faz-se importante que os movimentos sociais se fortaleçam ainda mais e resistam a toda forma de retrocesso que for lançada.³⁰

Por fim, é com base nos marcos históricos e conceituais da Reforma Psiquiátrica destacados neste capítulo que será descrito nos capítulos seguintes sobre os efeitos deste movimento em Barra do Piraí, através do fechamento do Hospital Estadual de Vargem Alegre e, principalmente, da implantação do Centro de Atenção Psicossocial na sede do município, destacando os efeitos da Reforma Psiquiátrica no território.

²⁹ Além disso, diversas entidades, conselhos profissionais e associações de trabalhadores assinaram uma nota pública de repúdio à nomeação de Valencius Wurch Duarte Filho para a CGMAD/MS.

³⁰ A referência dessas informações foi o site <https://www.abrasco.org.br>.

3. A COLÔNIA DE ALIENADOS DE VARGEM ALEGRE: O NASCIMENTO E O FIM DE UM ASILO PSIQUIÁTRICO

Este capítulo relata sobre a Colônia de Alienados de Vargem Alegre, que se tornou mais tarde o Hospital Estadual de Vargem Alegre, abordando desde sua criação até seu fechamento.

Entendendo que o município de Barra do Piraí ainda sofre as consequências de uma cultura fortemente manicomial, faz-se necessário conhecer parte de história da Colônia de Alienados de Vargem Alegre, um dos principais fatores que deixaram marcas das relações que o município estabeleceu com a loucura. Sabendo que tal hospital fechou antes da implantação do CAPS no município, não necessariamente o mesmo interferiu diretamente para a implantação de CAPS em Barra do Piraí, entretanto, deixou marcas histórico-culturais no território.

Para obter informações sobre a implantação da colônia de alienados em Barra do Piraí, foi realizada uma pesquisa na Hemeroteca Digital Brasileira por periódicos do Estado do Rio de Janeiro, das décadas de 1900 a 1990, utilizando o verbete³¹ “*Vargem Alegre*”. A pesquisadora foi selecionando aqueles que traziam informações específicas e relevantes sobre o Hospital Colônia de Vargem Alegre. Dentre eles, foram encontrados Relatórios do Ministério da Justiça (RJ), Relatórios dos Presidentes dos Estados Brasileiros (RJ) e Mensagens do Governador do Rio de Janeiro para Assembleia (RJ). Estes três documentos foram importantes fontes para as informações que vêm a seguir. A pesquisadora acrescentou informações obtidas em outras duas documentações: ‘Breves notícias sobre o Hospital-Colônia de Psicopatas de Vargem Alegre’, que foi fornecido por uma das pessoas entrevistadas, que já trabalhou no hospital, e o ‘Regulamento do Hospital-Colônia de Psychopathas de Vargem Alegre’ (Decreto n. 2.215, de 11 de março de 1927), acessado pela pesquisadora nos Arquivos Públicos do Estado do Rio de Janeiro.

Dentre essas coisas, faz-se importante destacar algumas especificidades do município, de modo a apresentá-lo. Barra do Piraí pertence ao Estado do Rio de Janeiro e situa-se na Região de Saúde do Médio Paraíba. De acordo com o IBGE, possui a estimativa de 97.460 habitantes (2017); 33,8% da população com rendimento nominal mensal per capita de até ½ salário

³¹ A pesquisa por verbete traz ao pesquisador todo o tipo de documento ou periódico que tenha em seu corpo tal palavra ou expressão. Assim, foi necessário excluir aqueles que traziam outras informações sobre o distrito de Vargem Alegre, ou que traziam informações sobre o hospital, mas que não seriam utilizadas nesta pesquisa, como por exemplo informações sobre o destino de verba para o hospital.

mínimo (2010); PIB per capita de R\$ 19.852,28 (2015); Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,733 (2010); Índice de Mortalidade Infantil de 13,99 óbitos por mil nascidos vivos (2014) e área territorial de 584,610 km² (2017). Vale destacar que Barra do Piraí tem a característica de ser um município hospitalocêntrico, com baixa cobertura da Atenção Básica em Saúde e alto número de atendimentos hospitalares. De acordo com o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, a cobertura de Barra do Piraí em 2018 se encontra da seguinte maneira:

Departamento de Atenção Básica - DAB							
Cobertura da Atenção Básica Barra do Piraí							
Competência	População	Nº eSF	Estim. Pop. Cob. eSF	Cob. Pop. Estimada eSF	Estim. Pop. Cob. AB	Cob. Pop. Estimada AB	
JAN/2018	97.460	7	24.150	24,78%	41.850	42,94%	
FEV/2018	97.460	7	24.150	24,78%	41.850	42,94%	
MAR/2018	97.460	7	24.150	24,78%	40.200	41,25%	
ABR/2018	97.460	7	24.150	24,78%	40.200	41,25%	
Fonte: e-Gestor Atenção Básica							

Portanto, isso reflete na Atenção Psicossocial e no acompanhamento a ser realizado pelos serviços de saúde mental, fazendo com que Barra do Piraí também tivesse um alto índice de internações psiquiátricas:

Sistema de Informação de Atenção Básica - Situação de Saúde - Rio de Janeiro							
Hosp. Psiquiátricas por Município e Ano							
Período: 2010-2015	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
Município 330030 Barra do Piraí	28	18	15	10	16	7	94
Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB							
Consulte o site da Secretaria Estadual de Saúde para mais informações.							

Atualmente, o município vem ampliando os pontos da Rede de Atenção Psicossocial e o número de profissionais de suas equipes. Entretanto, até abril de 2019 ainda não havia implantado leito municipal de saúde mental, realizando suas internações psiquiátricas na Casa de Saúde Cananéia (Vassouras/RJ). Veremos no próximo capítulo sobre a assistência de saúde mental no município, destacando o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

3.1. A Colônia dos Alienados de Vargem Alegre: um hospital psiquiátrico do Estado do Rio de Janeiro em Barra do Piraí

O governo do Estado do Rio de Janeiro adquiriu parte das antigas terras que pertenciam ao Barão de Vargem Alegre e que no período imperial tiveram seu auge econômico com a cafeicultura. No local havia belas construções que, juntamente com as margens do Rio Paraíba, formavam bonitas paisagens. Na época, o estado tinha como principal fonte de recursos a

produção agrícola, com destaque para a produção do café. Porém, houve um movimento do próprio governo de aumentar a produção agrícola de outros produtos – policultura, isto é, o cultivo de diversos produtos agrícolas em uma determinada área de plantio. A Fazenda da Vargem Alegre foi adquirida pelo Governo do Estado do Rio de Janeiro em 1896, que objetivava fazer dela um grande centro de produção e experimento agrícola (Rio de Janeiro, 1906). Vargem Alegre passou a fazer parte da Colônia Agrícola do Estado do Rio de Janeiro, criada a partir do Decreto nº 260 de 1895 e dirigida pelo engenheiro Arthur Thiré, que, no ano seguinte, já funcionava regularmente. Entretanto, em 1899, foi retirado do governo o Instituto Agrônômico Experimental, com suspensão completa do Centro Agrícola da Vargem Alegre. O principal motivo era a situação financeira do estado, sendo em 1898 cogitada a substituição do centro agrícola por uma colônia correcional agrícola, por esta exigir menor dispêndio financeiro. Com a extinção do projeto, acabou se tornando um dispêndio oneroso ao estado, pois possuía edifícios e móveis que precisavam ser guardados e conservados.³²

Vale destacar que de 1763 até 21 de abril de 1960, com a inauguração de Brasília, o Rio de Janeiro era a capital federal do país. E, com isso, de 1903 a 1975, Niterói era a capital do Estado do Rio de Janeiro. Sendo assim, é possível entender a centralização do poder do governador naquele local, administrando as cadeias públicas, hospitais e asilos do estado. Em 30 de março de 1904 o Presidente do Estado do Rio de Janeiro, Dr. Nilo Peçanha, publica o Decreto nº 852, que ordena a criação da Colônia Agrícola de Alienados do Estado do Rio de Janeiro, em Vargem Alegre, fazenda pertencente à Barra do Piraí. Veremos o decreto a seguir,³³ transcrito na íntegra:

“O Presidente do Estado do Rio de Janeiro:

Considerando que cumpre ao Estado manter o serviço da Assistencia a Alienados;

Considerando que, se ao Poder Judiciario pela nova legislação cabe, dada provocação de interessados e de herdeiros, a proteção e defeza dos direitos dos alienados é, por outro lado dever do Governo impedir as violencias, sequestrações arbitrarías ou abandono delles, garantindo com a liberdade individual a ordem publica;

Considerando que a experiencia de varias nações tem demonstrado a superioridade das Colonias Agricolas sobre os asylos fechados;

Usando da attribuição que lhe confere o art. 56, n. 1, da Constituição e de accôrdo com a lei n. 608, de 3 de novembro de 1903, decreta:

Art. 1º Fica creada a Colonia Agricola de Alienados do Estado do Rio de Janeiro, no proprio Estadual (Fazenda da Vargem Alegre), município da Barra do Pirahy.

³² Informações retiradas dos Relatórios dos Presidentes dos Estados Brasileiros (RJ), de 1896 a 1899.

³³ Estado do Rio de Janeiro, 1906.

Paragrapho único. Para a Colonia da Vargem Alegre, feitas as necessarias obras de adaptação, serão transportados todos os alienados actualmente existentes no Hospital de S. João Baptista de Nitheroy e os que estiverem recolhidos ás cadeias publicas do Estado.

Art. 2º Serão recolhidos a este estabelecimento os indivíduos que por moléstia mental, congênita ou adquirida, comprometterem a ordem publica ou segurança das pessoas.

§ 1º Se a ordem publica exigir a internação do alienado, será provisoria a admissão, devendo o Director do estabelecimento, dentro de vinte e quatro horas, nos termos do decreto legislativo federal n. 1.132, de 22 de Dezembro de 1903, communicar ao juiz competente a admissão do enfermo, relatar-lhe todo o occorrido a respeito, instruindo o relatório com a observação medica que houver sido feita.

§ 2º A admissão da Colonia de Vargem Alegre far-se-ha mediante requisição Ou requerimento, conforme o reclame a autoridade publica ou algum particular.

No primeiro caso:

a) A autoridade juntará á requisição uma guia contendo o nome, filiação, naturalidade, idade, sexo, côr, profissão, domicilio, signaes physicos e physionomicos do individuo suspeito de alienação, ou a sua photographia, bem como outros esclarecimentos, quantos possa colligir e façam certa a identidade do enfermo.

b) Uma exposição dos factos que comprovem a alienação e os motivos que determinaram a detenção do enfermo, acompanhada sempre que fôr possível, de attestados medicos affirmativos da molestia mental.

c) Laudo do exame medico-legal feito pelos peritos da Policia, quando esta seja a requisitante.

§ 3º Quando fôr a admissão requerida por algum particular, juntará esse ao requerimento, as declarações do § 2º, letra a, perfeitamente documentadas e pareceres de dous médicos que hajam examinado o enfermo quinze dias antes, no maximo, daquelle em que fôr datado o requerimento ou certidão do exame de sanidade.

Art. 3º Haverá na Colonia um pavilhão especial destinado a pensionistas.

Art. 4º Os doentes cuja admissão fôr solicitada por particular serão tratados no pavilhão dos pensionistas.

Art. 5º O Governo empregará no custeio da Colonia Agricola de Vargem Alegre a verba proveniente do contracto das loterias.

Art. 6º O Secretario Geral do Estado expedirá o regulamento da Colonia estatuindo a diaria dos pensionistas, o regimen interno do estabelecimento e os vencimentos do pessoal encarregado do serviço.

Art. 7º O Governo abrirá os creditos necessarios para a execução do presente decreto.

Art. 8º Revogam-se as disposições em contrario.

O Secretario Geral do Estado assim o tenha entendido e faça executar.

Palacio do Governo, Nitherohy, 30 de março de 1904. – Nilo Peçanha. – Dr. Alfredo Augusto Guimarães Backer.”

A construção da referida colônia tinha como objetivo adequar o serviço de assistência aos alienados no estado, pois muitos doentes mentais encontravam-se nas prisões públicas e em condições precárias no Hospital São João Baptista de Nitherohy³⁴ (Niterói – RJ). O Estado do Rio de Janeiro enfrentava o seguinte problema: os loucos que causavam algum tipo de

³⁴ Primeiro hospital público de Niterói/RJ, a princípio hospital estadual, que posteriormente foi municipalizado. Localizava-se no alto do morro do Valonguinho, onde hoje encontra-se o campus da UFF conhecido como Física Velha. Mais informações em: <http://www.dabt.com.br/huap.html>

transtorno à ordem pública eram todos levados pela força policial para a capital do estado e recolhidos na cadeia ou no hospital, ambos sem condições de oferecer algum tipo de assistência a estas pessoas. Dentro dessa lógica que funda a construção dos asilos no Brasil, pensou-se na criação de um espaço asilar pertencente ao Estado do Rio de Janeiro, que veremos mais detalhadamente a seguir.

Dando continuidade sobre o tema levantado no primeiro capítulo, que destaca a lógica de higienização social emaranhada na construção das colônias de alienados do Brasil, faz-se importante circunscrever como isto ocorria em Vargem Alegre. A colônia de alienados criada ali era vinculada ao governo do Estado do Rio de Janeiro e, tal como descrito no decreto n. 852 de 1904, foi implantada para absorver a alta demanda de pessoas recolhidas pela força policial do estado, que eram levadas tanto para as cadeias públicas como para o anexo do Hospital São João Baptista. Fato era que estas instituições de recolhimento não eram locais apropriados para receber pessoas acometidas de sofrimento mental, crise psíquica, surto psicótico, etc. E a corrente vigente naquele momento apregoava que este local seria o asilo. Dessa forma, os loucos que eram recolhidos pela força policial do estado eram enviados para Vargem Alegre, fazendo com que a maior parte do público interno fosse de pessoas indigentes. E, como abordado anteriormente, a assistência psiquiátrica do Brasil no início do século XX serviu ao ordenamento e higienização social, suprimindo os custos do tratamento do doente mental com sua própria força de trabalho.

Até o ano de 1889, os alienados que causavam transtornos à ordem pública que eram recolhidos pelo estado eram colocados no Hospital de São João Baptista, num asilo em anexo ao prédio, que poderia receber apenas cinquenta pessoas e que tinha a função de ser um setor de observação. Além desse local, que ficava no município de Niterói, havia o Hospício Nacional do Alienados, do qual foi falado no primeiro capítulo. Entretanto, ambos locais estavam ficando superlotados de pacientes, comprometendo as propostas de tratamento em voga no momento, que apregoavam o isolamento como meio eficaz para a terapêutica psiquiátrica. O asilo nacional também não tinha boas condições de infraestrutura para a condução do tratamento da moléstia mental preconizados na época, como hidroterapia, banhoterapia, electroterapia, pessoal apto para o trabalho, atividades de distração (música, leitura, artes), etc. Começava-se, então, a se pensar em novos modelos institucionais para os “doentes mentais”, inspirados na assistência de alienados da Alemanha. Pensava-se em dar ao louco um leito de hospital, livrando-o das masmorras dos hospícios, pois estas se assemelhavam aos cárceres. Tinha como principal inspiração o asilo colônia Alto Scherbitz, em Leipzig, na Alemanha. A proposta era oferecer

aos doentes crônicos a liberdade e o trabalho na colônia. É assim que foi indicada a necessidade de um asilo colônia pelo diretor de higiene e assistência pública, Dr. Jorge Alberto Leite Pinto (Rio de Janeiro, 1906).

As instituições estaduais que recebiam os alienados mentais também estavam em condições precárias. Por isso, o decreto legislativo nº 415, de 26 de dezembro de 1898, autorizou o estado a transferir o Hospital São João Baptista ao município de Niterói, que teria como opção entregá-lo a instituições de caridade. Contudo, o asilo em anexo ao hospital permaneceu sendo custeado pelo estado. Vale destacar que este setor foi pensado para que os pacientes pudessem passar por observação médica antes de serem enviados ao Hospício Nacional de Alienados e acabou se tornando o abrigo destes “doentes”, que muitas vezes não tinham para onde serem alojados. Além disso, o médico só contava com dois enfermeiros e três serventes para cuidarem de todos que passassem por lá, não oferecendo assistência adequada. E ainda havia doentes mentais nas cadeias e casas de correção de todo o estado, o que já era pensado como inaceitável, por estes estabelecimentos não serem locais de tratamento (Rio de Janeiro, 1906).

Em 19 de novembro de 1905, após diversas obras, foi inaugurada a Colônia dos Alienados de Vargem Alegre pela Secretaria de Estado do Interior e Justiça, com capacidade para receber 100 pessoas. E logo recebeu pacientes que estavam no Hospital São João Baptista e nas prisões do estado, sendo 78 homens e 74 mulheres. E, assim, em 1906, com dez meses de funcionamento, a Colônia dos Alienados de Vargem Alegre já contava com cento e cinquenta alienados que tinham sido transferidos (Rio de Janeiro, 1906). Como apontado no primeiro capítulo, os asilos brasileiros funcionavam como depósito de pessoas acometidas de alienação mental que eram recolhidas pelas ruas, sendo assim, tratado primeiramente como uma questão de ordem pública para, posteriormente, ser direcionado a competência médica.

A Colônia dos Alienados de Vargem Alegre, tal como muitos outros asilos do país, tinha na direção apenas um médico, subordinado ao Diretor do Interior e Justiça, tendo também a ele subordinados um secretário, um almoxarife e os enfermeiros, serventes e cozinheiros necessários e contratados para a instituição. Ao médico diretor competia resolver sobre a matrícula dos internos e distribuí-la pelas diversas seções, dar altas e emitir atestados de óbito, providenciar o enterro dos internos que falecessem, além da própria função de médico alienista. A ele também cabia a indicação e direção dos trabalhos agrícolas aos quais os pacientes seriam submetidos, organizar o regime interno do estabelecimento e autopsiar os casos que apresentassem interesse clínico. O enfermeiro, por sua vez, era incumbido da função de exercer

contínua vigilância sobre os pacientes e tomar as devidas notas para apresentar ao respectivo médico, cumprir as prescrições e aplicar o tratamento e os meios coercitivos que o médico indicasse, prestar socorro aos pacientes, assistir à distribuição de medicamentos e dietas, prover a rouparia e providenciar a lavagem de roupa, manter a máxima disciplina, ordem e asseio da enfermaria a seu cargo e, claro, cumprir todas as ordens do médico ou do diretor, que interessassem à instituição (Rio de Janeiro, 1905).

Em caráter de regime interno, os enfermos deveriam ser separados por sexo, em duas divisões inteiramente independentes, nas quais haveria a distribuição de acordo com a classe a que pertenciam e a alienação da qual estavam acometidos. Os alienados indigentes³⁵ teriam a internação custeada pelo estado e, sendo assim, poderiam ser submetidos ao trabalho agrícola, a juízo do diretor, mas sem submissão à violência ou constrangimento, sendo permitida a recusa. Poderiam, ainda, ser submetidos à privação de receberem visitas, de passeio, de outras distrações, ou até mesmo serem reclusos à solitária, sempre que fosse necessário ao tratamento ou à manutenção da ordem. A saída dos alienados seria através de alta, falecimento, ou para promover a experiência clínica de reintegração familiar e outras experiências de observação clínica, pertinentes ao tratamento. E qualquer tipo de correspondência e visita deveriam ser autorizadas pelo diretor (Rio de Janeiro, 1905).

A casa do hospital colônia situava-se numa alta colina, com dois pavimentos, que incluíam andares superiores. Tinha dormitórios separados e independentes, enfermarias para homens e mulheres indigentes, enfermarias e acomodações para pensionistas, salas para recepção dos visitantes, quatro banheiros (sendo dois com ducha), lavatórios, dez privadas, um depósito para água, compartimentos para material farmacêutico e para rouparia, copa e dispensa. Incluía, ainda, uma sala para o diretor, que também tinha um local próximo para morar. Além disso, havia uma capela religiosa e um terreno aberto em torno do edifício do hospício. Em 31 de dezembro de 1905 estavam em tratamento, ali, 101 pacientes, sendo destes 53 homens. Neste mesmo mês, movimentou-se a entrada e saída dos pacientes da seguinte maneira (Rio de Janeiro, 1905):

³⁵ Foi abordado no primeiro capítulo que desde o século XVIII a assistência ao alienado decorria do controle a desordem e a pobreza. No Brasil, este recorte recai sobre a grande massa da população pobre e desempregada, incluindo estrangeiros europeus e asiáticos que imigraram para substituir a mão de obra escrava e se tornaram indigentes, como também a grande massa da população parda que ocupava a periferia urbana. A psiquiatria da época associava à degenerescência e via com maus olhos os estrangeiros que eram enviados ao Brasil, vendo-os como os degenerados de seus países de origem.

	Existiam	Entraram	Tiveram alta	Óbito	Continuam em Tratamento
Homens	41	15	1	2	53
Mulheres	38	11	0	1	48
Total	79	26	1	3	101

Havia a intenção de transformar aquele local numa “colônia *open door*³⁶ *no restraint* para o tratamento de alienados”, seguindo o modelo alemão de tratamento, que apregoava o tratamento aberto, sem muros, grades, camisas de força, buscando reproduzir a vida de uma comunidade rural, onde os doentes realizavam o trabalho necessário para a manutenção do local. Isto vem ao encontro da representação social da época sobre a vida rural e em comunidade. Este novo modelo de tratamento rompe com o paradigma do asilo como local de isolamento e expiação, pois o tratamento moral seria a partir do trabalho e da vida em comunidade:

“O início do século XX marca o surgimento de uma nova prática psiquiátrica, que abandona o sistema asilar fechado, baseado no 'princípio de isolamento' de Esquirol, para investir num sistema de assistência aberto, que se funda sobre o princípio do *open-door* escocês, ou seja, o princípio da máxima liberdade possível. No regime do *open-door* os doentes podem transitar livremente no interior do asilo e, em, certos casos, fora dele; nesse regime são banidos os asilos fechados, para que o doente não se sinta irritado, o que prejudica o tratamento. Em 1910, Juliano Moreira explicita sua proposta de retirar das instituições de assistência tudo aquilo que lembre caserna ou prisão, pois estas irritam o doente, atrapalhando o tratamento. O hospício é reformado, a exemplo de Kraepelin, para se transformar num hospital com a aparência de um hospital comum, sem grades, nem muros altos, nem coletes de força. São criadas as colônias agrícolas, com trabalho, visitas aos pacientes e passeios ao ar livre, para manter uma ilusão de liberdade criada no paciente pelo *open-door*, que se completará com passeios aos domingos nos arredores das colônias, sobretudo com os pacientes, conforme propõe Juliano Moreira ao preconizar a criação de colônias para os epiléticos. A ideia de produzir uma ilusão de liberdade, suscitada nos pacientes por meio do *open-door*, demonstra o caráter sutil do exercício do poder da instituição psiquiátrica.” (PORTOCARRERO, 2002, p. 119 e 120)

No Brasil optou-se por realizar a construção de hospitais colônia em lugares rurais, explorando também o trabalho agrícola para a praxiterapia. Resende (2000) destaca que no início do século XX o fazendeiro representava a nacionalidade brasileira e que a valorização da vocação agrária favoreceu a implantação de hospitais colônias pelo país, além do interesse de Juliano Moreira por este modelo de tratamento. Esperava-se que as colônias recuperassem os

³⁶ A influência da psiquiatria alemã no Brasil abarcava a discussão sobre a etiologia das “doenças mentais” e as práticas de tratamento dos hospitais psiquiátricos. Pensava-se em lugares onde o tratamento era feito de “portas abertas” e “sem restrição” do paciente, mas sob os princípios alienistas do isolamento do “doente”, do tratamento moral e do trabalho terapêutico.

pacientes crônicos retirados do espaço urbano e que a vida no campo e o trabalho oferecessem condições deles retornarem à sociedade.

De 1904 a 1919 o Dr. Epaminondas de Moraes esteve à frente da direção do Hospital Colônia de Vargem Alegre e ele calcava seus registros sobre a administração do estabelecimento e terapêutica psiquiátrica em padrões rotineiros. O ano de 1909 traz o seguinte panorama hospitalar: havia 280 pacientes internados, de ambos os sexos; a seção masculina tinha um enfermeiro-farmacêutico e quatro serventes, já a seção feminina com uma enfermeira e dois serventes; havia também um cozinheiro e um ajudante de cozinha; a eletricidade era fornecida ao hospital e ao povoado de Vargem Alegre e havia um maquinista e um foguista para esse serviço; o hospital se ligava ao povoado por meio de um bonde puxado por burro (que funcionou até 1911); os pacientes eram levados a trabalhos de ergoterapia³⁷ pelos serventes, após os serviços de limpeza e manutenção da instituição; a alimentação era transportada pelos pacientes até o campo, onde seria procedido seu preparo. Este regime perdurou até 1919, pois a nova gestão³⁸ alterou completamente a administração do estabelecimento (Rio de Janeiro, s/d). Assim, o asilo colônia estava com o quantitativo de pacientes internados bem maior do que foi programado em seus primórdios, sendo que permaneceu a mesma quantidade de profissionais que trabalhavam na instituição. Embora a assistência psiquiátrica em asilos colônia apregoasse o trabalho como parte do tratamento, o que acabava acontecendo é que os pacientes faziam praticamente todo o trabalho braçal necessário à instituição, além de auxiliarem os funcionários na vigilância e cuidado dos pacientes menos autônomos. Era um local em que havia espaço e liberdade, mas circunscrito em si mesmo, no seu próprio ambiente. Não havia nada e nenhuma atividade que impulsionasse a vida fora do hospital.

É importante destacar que a Colônia de Alienados de Vargem Alegre foi criada no mesmo período em que a saúde pública e a psiquiatria assumiam a tarefa de sanear as cidades brasileiras, em especial o Rio de Janeiro. Os asilos recebiam os indivíduos recolhidos deste processo de higienização social e tinham a missão de recuperá-los. Porém, caso fossem considerados irre recuperáveis, eram rapidamente destinados às colônias agrícolas, pois esperava-se que estas com seu ambiente rural e comunitário fossem dar conta da demanda dos crônicos irre recuperáveis. Tão cedo, os asilos colônias ficaram lotados e eram insuficientes em satisfazer a demanda. Ao exceder sua capacidade, tornava-se impossível que a instituição pudesse oferecer condições mínimas de hospedagem, como uma cama em boas condições de uso e de

³⁷ Tarefas e trabalhos manuais que, quando apropriados às capacidades funcionais do sujeito, eram tomadas como de cunho terapêutico.

³⁸ Será detalhado mais à frente como ficou a nova organização da instituição.

higiene, além de vestimentas e alimentação adequada. Tendo poucos funcionários para limpeza e manutenção do local, a higiene do ambiente também não era preservada.

Em 1911, há o relato³⁹ de que a Colônia dos Alienados de Vargem Alegre já excedia a sua lotação, atingindo 284 internos. Além disso, a estrutura física do prédio não oferecia conforto algum, nem as mínimas condições para a higiene pessoal. O local foi descrito como cárcere e depósito de gente, um “pardieiro”, incapaz de atender às prescrições da ciência para o tratamento ou de oferecer abrigo aos alienados:

“Visitei tambem o estabelecimento que serve hoje de deposito aos desherdados da razão e de lá trouxe, ainda e sempre a peor impressão!

Installada a 19 de novembro do anno de 1905 para agazalhar 100 alienados, foi indiscreta e deshumanamente excedida sua lotação, que atingiu a cifra de 284 loucos. O edificio, velha casa de fazenda, é certo que não offerencia as condições precisas para o mistér a que foi destinado; o que não se justifica, porém, é a crueldade com que, a despeito da agglomeração, não se dava aos desgraçados, em grande número, siquer uma esteira, um colchão, um travesseiro, nem cobertor!

Tamanho desconforto reduziria à insanía espiritos lucidos!

O Director accumula as funções de medico, cirurgião, administrador e pharmaceutico da Colonia! Parece incrível, mas é verdade: - não existe naquella casa uma banheira funcçãoando! Luctava o Director com a maior miseria d’agua, só ha pouco canalizada em abundancia. E, enquanto os infelizes enfermos não tinham onde recostar a cabeça, gastava-se mais de I: 000,00\$ por mez com a iluminação, electrica, produzida a vapor.

Julgo que aquelle pardieiro não merece concerto, nem creio possiveis obras de adaptação, tal o estado de ruina em que se encontra”. (RIO DE JANEIRO, 1911, p. 33 e 34).

O relator não esconde o seu descontentamento e perplexidade ao se deparar com o estado de degradação e desumanidade em que se encontrava o asilo colônia de Vargem Alegre. Apontou que a estrutura do local estava envelhecida e sem condições de minimamente abrigar quem recebia, mas também que não havia o mínimo necessário para repouso. Lembrando que Vargem Alegre é uma região de clima frio, é possível imaginar o impacto recebido na visita. Outra questão levantada no relatório é o acúmulo de funções e responsabilidades designadas apenas ao médico diretor, dentre ela a assistência psiquiátrica aos pacientes.

No mesmo relatório citado acima, foi, inclusive, sugerido a construção de um asilo colônia em outro local próximo à capital para substituir o projeto de Vargem Alegre, pois este já necessitava de uma série de obras e adaptações, devido ao estado de ruína a qual se encontrava. Esperava-se que com a construção de um local novo fosse possível oferecer tratamento de acordo com os padrões científicos, com maior conforto e menor dispêndio.

³⁹ Relatório escrito pelo Presidente do Estado do Rio de Janeiro Dr. Francisco Chaves de Oliveira Botelho para a Câmara Legislativa do Estado do Rio de Janeiro.

Entretanto, o problema do asilo colônia não era simplesmente a estrutura velha do seu prédio, nem a distância da capital, tampouco a falta de profissionais, mas sim sua lógica de funcionamento, pois não havia uma preocupação em “recuperar” essas pessoas e devolvê-las à sociedade, do contrário, elas eram mantidas distantes e excluídas do espaço social que existia fora da colônia.

Apesar do espanto do relator, este quadro descrito não era algo fortuito, mas sim comum nos asilos brasileiros. De maneira geral, o asilo colônia era local de depósito humano, logo não era pensado em nenhum tipo de investimento nele. Ali estavam pessoas abandonadas pela família e pelo Estado, que por sua vez mantinha menos que o mínimo para a manutenção da instituição. O asilo colônia foi criado para reduzir os custos do estado com a subsistência do alienado em regime institucional, de modo que este pudesse produzir o necessário para manter a instituição e a si mesmo. Mas, na maioria das vezes, as pessoas encontravam-se em situações físicas degradantes e não tinham condições de corresponder a esta expectativa. Ou não tinham como realizar nenhum tipo de atividade, ou realizavam tarefas inúteis. Os poucos que estavam em melhores condições eram utilizados como mão de obra para limpeza, refeitório e o que fosse necessário.

Apesar do grave estado de ruína da Colônia de Alienados de Vargem Alegre, pelos relatórios remetidos à Câmara Legislativa do Rio de Janeiro entende-se que foi decidido por sua reforma, pois há relatos de que em 1912 foi remetido verba para reparos gerais e para abastecimento de água. Contudo, as obras de reparos e expansão do espaço nunca eram o bastante, pois o estado não cessava em enviar pessoas para ficarem internadas ali e o asilo ficava num constante ciclo entre degradações e reformas.

Em 1913, já havia mais de 300 pacientes recolhidos em Vargem Alegre, não sendo o suficiente o dispêndio de meios para o conserto das irregularidades. O governo do estado optou por adquirir, em São Gonçalo, um local para novos projetos para os alienados (Rio de Janeiro, 1913). Todavia, o projeto de Vargem Alegre se mantinha em funcionamento. Em 1914, a Casa de Detenção do Estado do Rio de Janeiro recolheu 197 alienados, transferindo 154 para a colônia de Vargem Alegre. Havia a expectativa de que a colônia a ser instalada em São Gonçalo cessaria o recolhimento de alienados na Casa de Detenção (Rio de Janeiro, 1914). Assim, o recolhimento das pessoas não era visto como um problema político, mas sim de não ter onde colocar e abrigar quem era recolhido. Logo, a demanda era sempre pela construção de mais um local, ou pela expansão e melhoria dos locais já existentes.

Com o retorno do Dr. Nilo Peçanha ao Governo do Estado do Rio de Janeiro - o mesmo que foi responsável pela inauguração da Colônia dos Alienados de Vargem Alegre - há novamente o interesse em investir na instituição. Foi realizado um orçamento sobre a construção de oito pavilhões isolados, com capacidade para cinquenta leitos, para atender a média mensal de 360 a 400 “doentes” internos, além de reparos nos setores já existentes no hospital (Rio de Janeiro, 1916). A Casa de Detenção⁴⁰, novamente, destaca o alto número de internos que lhe foram direcionados por diversos municípios do estado, pois se tratava de pessoas recolhidas nas ruas que apresentavam algum tipo de doença mental; a instituição de detenção recebeu 207 alienados e encaminhou 192 para Vargem Alegre. Este governo pensava, também, em construir um pavilhão próprio para receber, temporariamente, os alienados que lhe eram direcionados por todos os municípios do estado, visando melhorar a situação em que eles eram alojados e evitar que danificassem as instalações impróprias às quais eram abrigados (Rio de Janeiro, 1917). Portanto, pessoas indigentes, entregues ao alcoolismo e abandonadas pela família que chegassem a comprometer a ordem pública ou apresentar comportamento de vadiagem e mendicância eram levadas para a Casa de Detenção na capital do estado e, de lá, distribuídas para outras instituições, dentre elas a Colônia dos Alienados de Vargem Alegre.

Provavelmente por decorrência da frequente superlotação e escassa mão de obra para o devido cuidado institucional, novamente aparece em relatórios do governo do ano de 1919 a necessidade de reparos na Colônia dos Alienados de Vargem Alegre. O local apresentava condições típicas para o desenvolvimento de doenças infectocontagiosas, principalmente devido ao clima frio, levando pessoas a morrerem sob essas condições. No relatório do Presidente do Estado à Assembleia Legislativa destaca-se a necessidade de reparos na instalação do prédio, como também de organização na direção do hospital: o edifício encontrava-se em estado de ruína, em condições de precárias limpeza e higiene, internos sem vestimentas e sem alimentação adequada, além de desordens administrativas. Apesar de haver um diretor responsável por toda organização institucional, o zelador e o almoxarife foram exonerados de suas funções, em decorrência dessa inspeção do estado, como se o problema se reduzisse à ineficiência deles no trabalho. Havia, na época, 277 internos, tendo entrado 120 no último semestre, saído 88 de alta e falecido 94 (Rio de Janeiro, 1919). Como os Relatórios dos

⁴⁰ A Casa de Detenção do Rio de Janeiro foi criada em 1856, inspirada no modelo de encarceramento celular pensilvânico, em que o preso ficava recluso em uma célula, isolado do contato com os outros, servindo para detenções de curto período, com o objetivo de separar os réus conforme a circunstância e a natureza do seu crime. A lei n. 261 de 3 de dezembro de 1841 estendeu os poderes judiciais ao chefe de polícia que, ligado diretamente ao ministro da Justiça, passou a ter autoridade para vigiar o comportamento da população das cidades para prevenir os delitos e manter a segurança e ordem pública. Assim, a Casa de Detenção ficou repleta de pessoas que comprometiam a ordem social, dentre elas os loucos.

Presidentes dos Estados Brasileiros eram realizados anualmente, os dados numéricos e estatísticos geralmente eram sobre a extensão de um ano.

Tal como apontado no primeiro capítulo, em 11 de julho de 1911 foi emitido o decreto 8.834, que reorganiza a Assistência aos Alienados e eleva a psiquiatria como especialidade médica, além de favorecer o aumento de instituições destinadas aos doentes mentais. Havia o interesse em dar caráter científico à psiquiatria em sua missão de dar conta da grande massa de doentes crônicos que advinham das cidades, como também de tratar o doente agudo e devolvê-lo para sociedade. Contudo, a reorganização era burocrática e causava pouco impacto na assistência aos pacientes, que permaneciam largados nos pavilhões em condições miseráveis de sobrevivência.

Em Vargem Alegre também ocorreram mudanças, tanto de gestão como do estabelecimento. De 1919 a 1933 o Dr. Waldemar de Almeida chefiou a diretoria do hospital, sendo que em 1930 o cargo foi ocupado interinamente pelo Dr. Adolpho Possollo, devido a inquéritos administrativos contra o Dr. Waldemar de Almeida, dos quais falaremos mais adiante. Porém, como novo diretor, procurou inserir pessoas especializadas na assistência aos pacientes e foi durante a sua gestão que ocorreram importantes reformas e construções de novas alas de enfermarias, além de inovações também no campo agrícola e ergonômico da instituição.

Mesmo com o hospital colônia em funcionamento, a Casa de Detenção de Niterói continuava recolhendo alienados que necessitavam de observação. De 30 de junho de 1920 a 30 de junho de 1921, ela havia recebido 262 doentes mentais, encaminhando 161 deles para a Colônia Agrícola de Alienados de Vargem Alegre. Em um ano, Vargem Alegre recebeu 291 pacientes, encaminhados da penitenciária estadual e de municípios vizinhos. Neste mesmo período, 130 pessoas foram reintegradas às suas famílias, 79 faleceram e 6 saíram para assistência heterofamiliar. O alcoolismo abrangia 30% do total dos diagnósticos, sendo mais elevado que em períodos anteriores. O local seguia realizando a produção agrícola de abóboras, arroz, batatas, milho, hortaliças e frutas, obtendo rendas para a instituição (Rio de Janeiro, 1921).

Na data de 22 de outubro de 1921, o jornal “Caretá” – ano XIV, número 696 – publicou matéria relatando que o Colônia de Alienados de Vargem Alegre tinha sido inaugurado no dia 12, do mesmo mês, após passar por diversas reformas. Estiveram presentes na solenidade local o Presidente do Estado, Dr. Raul Veiga, acompanhado de uma comitiva de pessoas da política e administração fluminense, como também da medicina e imprensa, dentre eles o Dr. Juliano Moreira, diretor do Hospital Nacional de Alienados. Neste período, o governo do estado estava

envolvido com a discussão sobre a construção de uma nova colônia de alienados em Jacarepaguá, no município do Rio de Janeiro, que substituiria as colônias da Ilha do Governador. Este planejamento incluía destacar o trabalho agrícola como carro chefe do tratamento e a inclusão do serviço de assistência heterofamiliar aos pacientes. Provavelmente essa calorosa discussão também influenciou o desenvolvimento das reformas realizadas em Vargem Alegre, tanto que o próprio Juliano Moreira esteve presente em sua (re) inauguração.

O governo pensava em reorganizar o espaço sanitário e ampliar os moldes da assistência psiquiátrica, de acordo com os preceitos científicos da época. E entendia que a praxiterapia era de muito valor para a melhora dos pacientes, principalmente os crônicos, sendo importante valorizá-la (Rio de Janeiro, 1921). Foi reformado o edifício central da colônia e também estruturado com equipamentos necessários para a enfermaria, com capacidade para duzentas pessoas, além da construção de pavilhões da cozinha e de dois refeitórios, cada um com capacidade para cinquenta pessoas. Também construiu um pavilhão de moléstias intercorrentes, com capacidade para vinte pessoas, e três quartos de isolamento. A estrutura em torno do asilo também recebeu melhorias: foi reformado duas pontes; foi criada uma estrada de rodagem para acesso à colônia; foi construído o pavilhão das enfermeiras, a dispensa e o reservatório de água. Em janeiro de 1922 o governo celebrou contrato para o fornecimento de energia elétrica, com o prazo de dez anos (Rio de Janeiro, 1922). Entretanto, em meio a tantas mudanças e reformas havia uma ineficiência estrutural e um fracasso cotidiano em todas as instituições asilares, que não cumpriam sua missão de tratar a doença mental e nem contribuía para o avanço científico da psiquiatria. Ao ser reformado, logo os estabelecimentos se tornavam inadequados com a superlotação de internos e não era mais possível oferecer um ambiente salubre e terapêutico. E em Vargem Alegre não era diferente. Transcrevo, a seguir, parte do relatório do governo do estado referente ao ano de 1923:

“Foi de 670⁴¹ o número de internados na Colonia de Alienados de Vargem Alegre, durante o ultimo anno. Houve 160 altas, tendo-se dado 133 obitos.

O trabalho dos alienados, que é valioso auxiliar da therapeutica mental, vem sendo desenvolvido regularmente, em relação e de accôrdo com a insanidade destes. Cultivam a lavoura, constroem estradas, fazem aterros, jardinagem, horta, tratam de animaes e da limpeza geral. As mulheres occupam-se do asseio das secções, da lavanderia e da costura; e a producção de 37 hectares plantados de arroz, batata inglesa, batata doce, feijão, fructas, gyrasol, hortaliças, mandioca e milho, attingiu a importancia de 13:004\$020; o apiario rendeu 565\$850 de mel centrifugado; a olaria, 5:884\$550 e a pocilga, 2:875\$660.

(...)

Este asylo carece ainda de um abastecimento de agua quente para a balnotherapia; de uma lavanderia a vapor necessaria a uma rigorosa

⁴¹ O relatório do ano anterior informa que a capacidade do hospital era para 200 leitos.

prophylaxia de parasitas e molestias infecciosas; de um necroterio; de um pavilhão para pensionistas do sexo masculino; de um serviço de cozinha ampliado, necessario ao regimen dietético dos insanos; e de um transporte para doentes, que conduza da via ferrea até a Colonia, distante desta um kilometro.” (RIO DE JANEIRO, 1924: 53-54).

Este relatório foi apresentado em agosto 1924, teve como base informações referentes ao período de um ano. Portanto, abrange o mesmo ano em que foi criada a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM). Tal como abordado no primeiro capítulo, a LBHM dá forma concreta ao movimento higienista da psiquiatria da época, que se colocava definitivamente em defesa do Estado, promovendo o controle social e reivindicando para si a competência do ordenamento da sociedade através de um programa de higiene mental com fortes marcas eugenistas, xenofóbicas e racistas. O asilo, por sua vez, servia a esta proposta ideológica mantendo-se como local de recolhimento de todos aqueles que eram retirados do espaço social. Chama à atenção do leitor do relatório citado acima o aumento do número de pacientes acolhidos, o grande número de óbitos e o quanto a instituição dependia da mão de obra dos próprios pacientes para manter o seu funcionamento. O relatório não traz informações sobre a ampliação da capacidade de 200 pacientes que fora estabelecida na reforma de 1921. Supondo que não, justamente por não estar relatado, é de se imaginar a precariedade de alojamento a qual as pessoas se encontravam, além da possível deterioração do local a pouco reformado, justamente por decorrência da superlotação. Apesar deste relator não se colocar perplexo em sua escrita, não deixou de colocar que era preciso melhorias importantes para que o local fosse mais higiênico, sem riscos de contaminações, infecções e outras moléstias, além da necessidade de um necrotério, visto o alto número de óbitos.

Muitas vezes os pacientes chegavam no asilo colônia em estado geral grave, seja pela doença mental, seja pela idade avançada, seja pelo tempo em que estavam entregues às ruas. Além disso, a situação deles se agravava com o percurso da viagem e, ainda, com a acomodação lotada do asilo, ambiente propício para proliferação de doenças gastrointestinais, verminoses, gripes e tuberculose. Com o maior número de pessoas internadas, maiores as possibilidades de se ter um quantitativo mais elevado de óbitos. E em Vargem Alegre não havia estrutura para isso, até tinha um cemitério no local, mas enquanto os corpos não eram enterrados acabavam ficando no hospital, sem qualquer tipo de cuidado.

No entanto, no ano seguinte o número de internos admitidos no hospital foi ainda maior: durante o período de 1924 a 1925 o hospital colônia atingiu o total de 822 pacientes, tendo 273 altas e 130 falecimentos. Destes que vieram à óbito, 24 tinham permanecido em

tratamento por cerca de um ano, 34 por três meses e 24 faleceram em menos de 15 dias após a internação (Rio de Janeiro, 1925).

Neste período, a Colônia de Alienados de Vargem Alegre atuava com a assistência heterofamiliar. Entretanto, as vezes acontecia do paciente regressar para o asilo por ser considerado inadapável. Portanto, nem sempre que aparecia nos dados estatísticos um número significativo de saídas para alta ou assistência heterofamiliar significava que realmente o indivíduo tinha reintegrado à vida em sociedade, por estar numa situação melhor do seu quadro de adoecimento psíquico. Era comum as reinternações cíclicas ou uma reinternação que se prolongasse longamente pelo indivíduo ser considerado inválido. Em 1924, por exemplo, foram reinternados 44 homens e 21 mulheres, dentre eles 20 foram por alcoolismo de longa data. E saíram 5 pacientes para assistência heterofamiliar, 3 mulheres e 2 homens, sendo que 4 deles retornaram para o asilo. Na colônia de Vargem Alegre também havia um departamento sanitário que realizava consultas e cuidados médicos, além de fornecer fórmulas farmacêuticas e pequenos atendimentos cirúrgicos a população indigente local, sendo a grande maioria deles os próprios internos do hospital. Por incumbência delegada pela LBHM, este departamento ministrava profilaxia mental com campanhas e conselhos referentes à eugenia, tendo como foco o alcoolismo e o tabagismo, por serem comuns na população rural e significativamente encontrados como diagnóstico dos pacientes internados. Neste período, o alcoolismo, a sífilis e até mesmo as verminoses intestinais eram considerados fatores preponderantes da gênese da degeneração mental⁴².

No ano de 1925, o total de pacientes internados subiu para 827 pessoas e incluía “menores” de idade. Houve 238 altas, 3 evasões, 178 óbitos e 5 para assistência heterofamiliar, sendo que 3 destes retornaram posteriormente. O relator destacou que era comum os óbitos acontecerem horas ou dias após a entrada na instituição, devido ao estado de debilidade física que as pessoas se encontravam ao chegar no hospital. Observou também a necessidade de melhorias do estabelecimento e incluiu a necessidade de se criar um pavilhão para “*menores atrasados mentaes*” (sic), onde eles receberiam assistência psiquiátrica e educação médico-pedagógica, de modo a cessar a “perniciosa promiscuidade existente” (RIO DE JANEIRO, 1926, p 79). Argumenta, ainda, a necessidade de construção de um pavilhão para toxicômanos e para alienados delinquentes, visto que eles, ao estarem misturados em ala comum com outros pacientes, poderiam apresentar riscos aos demais internados. Destacou, inclusive, a decisão por

⁴² As informações deste parágrafo estão referenciadas a uma cópia dos ARCHIVOS BRASILEIROS DE NEURIATRIA E PSYCHIATRIA, fornecida por uma das participantes da entrevista desta pesquisa. A cópia não continha maiores informações sobre a referência do documento.

demolição das residências dos funcionários e construção de novas moradias. Acrescentou também informações que já foram apontadas em relatórios anteriores: necessidade de aumentar o pavilhão dos pensionistas masculinos, de instalar uma lavanderia a vapor, de melhorar a cozinha e de completar a seção de banhoterapia (Rio de Janeiro, 1926).

Em 11 de março de 1927, o governo estadual emitiu o decreto n. 2.215, que aprovou a reorganização da Colônia dos Alienados, que passou a chamar-se Hospital-Colônia de Psychopathas de Vargem Alegre, objetivando regulamentá-lo de acordo com as modernidades da neuropsiquiatria⁴³. Incluiu a carreira de médico clínico e de cirurgião dentista e cogitou a criação de um pavilhão especial para pessoas com retardo mental, que incluiria apartamentos para pensionistas. Até o final de junho de 1927, o hospital continha 780 pacientes assistidos, sendo que 383 foram admitidos em um ano. Os diagnósticos que mais prevaleciam era a “loucura maníaco-depressiva”, com 86 casos (22%), as “psychoses infectuosas”, com 82 dos casos (21%), o alcoolismo, com 42 casos (11%). Neste mesmo período, 226 pacientes tiveram alta e 144 foram a óbito. O relator destacou a necessidade da construção de um pavilhão para doenças infectocontagiosas para ambos os gêneros e de um pavilhão especial para “atrasados mentais” para evitar a mistura desordenada dos “menores” com os adultos (Rio de Janeiro, 1927).

O Regulamento do Hospital-Colônia de Psychopathas de Vargem Alegre aprovado através do decreto estadual de n. 2.215 de 1927, destacou que o hospital era uma repartição anexa à Diretoria do Interior e Justiça, destinada aos habitantes de todo Estado do Rio de Janeiro que precisassem de assistência neuropsiquiátrica. Além disso, definiu que seria instalado um serviço de ambulatório para indigentes acometidos de doenças nervosas e mentais não passíveis de internação. Propôs também a instalação de um serviço de assistência heterofamiliar na área arredor da colônia de Vargem Alegre. A seção de pensionistas foi mantida e era destinada a doentes procedentes de outros estados também. Por fim, o regulamento indicou a criação de novas seções especiais para: “menores” de idade com “atraso mental” - público já presente no hospital e que necessitava receber educação médico-pedagógica - incluindo na seção os apartamentos para pensionistas; alienados delinquentes; toxicômanos de ambos os gêneros, dentro dos preceitos da orientação psiquiátrica para este público. À Casa de Detenção de Niterói foi proposta a construção de um pavilhão anexo para receber as pessoas com suspeita de perturbação mental oriundas dos municípios vizinhos para triagem e avaliação e, posteriormente, encaminhamento para o Hospital Colônia de Vargem Alegre, se fosse o caso

⁴³ Mesmo ano da criação do Serviço de Assistência aos Doentes Mentais do Distrito Federal.

de internação psiquiátrica. O artigo 27 do regulamento determinou que: “*Os indivíduos que por suspeita ou por doença mental verificada comprometerem a ordem pública ou a segurança das pessoas, serão internados no Hospital-Colônia de Vargem Alegre.*” (RIO DE JANEIRO, 1927, p. 21).

O artigo 28 do regulamento de 1927 estipulou o prazo de quinze dias para a comprovação da doença mental, antes de ser efetivada a matrícula do paciente na instituição, abrindo exceções para transferências de outros hospitais psiquiátricos ou outras a juízo do diretor. Como não havia pavilhão específico para observação, estes ficavam no mesmo ambiente que os demais pacientes. O artigo 33 colocou ser de competência para requerimento da admissão de pacientes no hospital: o ascendente ou descendente, o cônjuge, o tutor ou curador, o chefe de corporação religiosa ou beneficente ou o comandante da corporação militar a que pertencer o paciente. É possível supor que as mulheres costumavam ser internadas por questões relacionadas à família (infidelidade no casamento, gravidez indesejada, questões pertinentes a bens, rebeldia contra o pátrio poder).

Em 1928, o Hospital-Colônia de Psychopathas de Vargem Alegre deixou de estar subordinado à Diretoria do Interior e Justiça e passou a pertencer à Diretoria da Saúde Pública. A instituição estava em estado de superlotação e o relator solicitou novamente a construção de novos pavilhões, principalmente para o isolamento de doentes acometidos de moléstias infectocontagiosas. De 1º de julho de 1927 até 15 de junho de 1928 foram internadas 466 pacientes que, somados aos que já estavam, totalizaram 857. Destes, 256 saíram de alta, 10 saíram de licença, 1 saiu para assistência heterofamiliar e 151 foram à óbito. O ambulatório da instituição realizou 224 consultas a indigentes, com assistência médica, cirúrgica, curativos, injeções, vacinações contra a varíola, colocação de aparelho para fraturas. Na seção de mulheres prevalecia o diagnóstico de psicose maníaco-depressiva e ela tinha no dia 1º de julho de 1927 o quantitativo de 204 pacientes indigentes e 11 pensionistas; em um ano entraram mais 179, 70 faleceram e 107 saíram de alta. Na seção dos homens havia na mesma data 176 pacientes, com apenas 17 pensionistas. Entraram internados mais 287, 149 saíram de alta, 5 saíram de licença e 81 faleceram. Em termos de diagnóstico, prevalecia maior quantitativo de alcoolismo, sendo 49 casos de alcoolismo isolado e 27 casos associados a outras patologias psiquiátricas; havia também 22 casos com diagnóstico de epilepsia, 28 com psicose maníaco-depressiva, 26 com debilidade mental, 22 com psicoses infectuosas e 26 casos de sífilis nervosa (Rio de Janeiro, 1928).

Na data de 30 de junho de 1929, estavam internados em Vargem Alegre 462 pacientes que recebiam a assistência psiquiátrica, os atendimentos médicos, cirúrgicos, ginecológicos e dentários. Os municípios que mais remeteram pessoas para o hospital colônia, neste ano, foram: Niterói, 49 pessoas; Campos, 20 pessoas; Barra Mansa, Macaé, Petrópolis, cada um 11 pessoas; Barra do Piraí, 10 pessoas. Os principais diagnósticos registrados nos homens eram de: psicose maníaco-depressiva, psicoses infectuosas, alcoolismo. Essas patologias também poderiam estar associadas a retardos mentais e epilepsia. Já nas mulheres, eram de: demência senil, esquizofrenia e encefalopatia infantil. Entre os homens predominava as seguintes causas de óbitos: enterocolite⁴⁴, com 20 casos; astenia cardíaca⁴⁵, com 11 casos; arteriosclerose⁴⁶, com 10 casos; disenteria, com 9 casos. Já nas mulheres era a astenia cardíaca, com 12 casos; a enterocolite, com 11 casos; a disenteria, com 8 casos; a anemia secundária, com 6 casos; a arteriosclerose cardíaco-renal, com 6 casos (Rio de Janeiro, 1929). Portanto, as patologias que levavam estes pacientes ao óbito estavam relacionadas ao processo de institucionalização de longa internação em ambiente insalubre e infectocontagioso, além da má qualidade da alimentação (baixa higiene e pouca nutrição).

O Dr. Waldemar de Almeida que esteve à frente da direção da Colônia de Alienados de Vargem Alegre de 1919 a 1930 era também o redator chefe dos Arquivos Brasileiros de Neuriatria e Psiquiatria, que eram publicados trimestralmente, tal como citado no primeiro capítulo. Costa (1980) destaca que esta era a revista oficial da LBHM, funcionando como porta-voz da mentalidade dos psiquiatras do Rio de Janeiro. Os psiquiatras que faziam parte da LBHM estavam a frente da direção de serviços psiquiátricos e, também, compunham a elite psiquiátrica do Rio de Janeiro e eram privilegiados pela proximidade de Juliano Moreira.

Em 15 de janeiro de 1930, o diretor Dr. Waldemar de Almeida foi substituído pelos Drs. Severino Lessa e Adolpho Possolo. Até 30 de junho do mesmo ano, estavam em tratamento 536 pacientes, 270 homens e 266 mulheres. Destes, 106 eram alcoolistas, 101 diagnosticados com psicose maníaco-depressiva, 60 com “psycose infecciosa”, 31 com “debilidade mental”, 20 com epilepsia e 19 com “demência precoce”, além de outros diagnósticos. Funcionava também um ambulatório gratuito no hospital, que realizou 643 consultas, 764 curativos comuns, 120 curativos ginecológicos, 124 exames de urina, 48 intervenções cirúrgicas, 11 injeções e 605 visitas a domicílio. A farmácia do hospital proveu para os internados indigentes 13.123

⁴⁴ Inflamação da mucosa dos intestinos delgado e grosso.

⁴⁵ Insuficiência cardíaca.

⁴⁶ Doença degenerativa da artéria geralmente produzida por hipertensão arterial de longa duração.

fórmulas, 955 para os pensionistas e pessoas estranhas ao estabelecimento e 112 para os indigentes (Rio de Janeiro, 1930).

Outro ponto importante referente à organização administrativa do hospital colônia é que o Decreto Estadual de n. 2.514 de 4 de setembro de 1929 aprovou o novo regulamento dos serviços sanitários, subordinando-os a Diretoria Geral de Saúde e Assistência, incluindo o Hospital Colônia de Psychopathas de Vargem Alegre (Rio de Janeiro, 1930). Provavelmente tal mudança decorreu das alterações em que o Presidente Getúlio Vargas realizou na organização administrativa da saúde no âmbito federal, da qual abordamos no segundo capítulo.

Posteriormente veio a público o principal motivo do afastamento do Dr. Waldemar de Almeida da direção do hospital. Em 1 de maio de 1930 o tabloide “Crítica” – ano 2, número 459 – publicou a seguinte manchete: “*O Diretor da Colonia de Alienados de Vargem Alegre praticou innominaveis attentados contra dezenas de dementes e empregadas desse estabelecimento*”. O diretor foi acusado de cometer abusos contra mulheres, pacientes e empregadas, fazendo uso de entorpecentes para evitar a resistência das mesmas. Assim, corria pela Diretoria de Higiene do Estado do Rio de Janeiro um terceiro inquérito administrativo para apurar a culpabilidade do médico. O primeiro foi aberto em 1923, devido a irregularidades administrativas, como ausentar-se da instituição por longos períodos e deixar suas atribuições a encargo de uma enfermeira, que também mantinha relacionamento amoroso com ele. Em 1928 abriu-se o segundo inquérito contra o Dr. Waldemar, por este ter abusado de cinco pacientes. O jornal destaca que o diretor se mantinha no cargo por possuir influências políticas e por não permitir a presença de jornalistas na instituição, o que evitava que essas histórias viessem a público. O terceiro inquérito foi possível através da denúncia de uma das pacientes, que expôs a situação diante dos demais empregados. Além dela, a guarda da seção de mulheres, Sra. Bárbara Belém, também denunciou ter sido seduzida pelo médico diretor, através de ameaças e promessas de promoção à enfermeira de segunda classe. A partir disso, outras histórias de abuso vieram à tona, algumas relatadas em outras edições deste mesmo jornal, neste período de maio de 1930⁴⁷.

Pela hemeroteca, não foi encontrado mais informações sobre o caso da denúncia contra o Dr. Waldemar. Todavia, infelizmente tal situação era típica em asilos com um único psiquiatra e não era uma situação aleatória, estando intimamente associada à estrutura e organização do

⁴⁷ As informações do Jornal Crítica (1928-1930) foram encontradas em busca na hemeroteca, também com o verbete “Vargem Alegre”. Não foram encontradas em nenhum outro periódico, na mesma pesquisa. A Hemeroteca Digital Brasileira informa que o Crítica foi fundado pelo jornalista Mário Rodrigues, antigo dono do jornal A manhã (1925 a 1953). A tiragem do novo jornal chegou a ser uma das mais altas do Rio de Janeiro, porém era marcado por um estilo mais virulento e popular do texto.

hospital psiquiátrico. Geralmente os asilos se situavam em locais distantes, em que o diretor e alguns funcionários moravam ali e o ambiente se tornava propício para acordos de sedução ou captação institucional. Assim, esta situação de abuso extremo e até perverso não era algo excepcional e estava intimamente relacionada à lógica institucional do hospital psiquiátrico, que produzia o isolamento e a exclusão do paciente, colocando-o como improdutivo, perigoso e incurável por natureza, não sendo passível de ser visto como sujeito, mas sim sendo objetificado e desassujeitado. Isto significa que os profissionais dirigiam aos pacientes internados determinadas posturas e condutas que norteavam a relação interpessoal entre eles, como também a relação institucional, que se caracterizava com uma lógica de funcionamento em que havia a banalização do sofrimento humano, como se ali não houvesse sujeitos. Os pacientes pouco tinham voz e, quando sim, muitas vezes a situação estava norteada com algum outro tipo de interesse – que não era o de dar voz ao paciente.

Em relação ao inquérito administrativo citado acima, ocorreu um afastamento provisório do Dr. Waldemar de Almeida da direção do hospital em 1930, porém ele só foi afastado definitivamente da direção do hospital em 1933, após movimentos ocorridos no próprio hospital pela sua saída. Sucedeu-lhe o Dr. Mário Alvarez, que permaneceu até maio de 1938 (Rio de Janeiro, s/d).

Os documentos do governo do estado que até então foram predominantemente utilizados na pesquisa – Mensagem do Governador do Rio de Janeiro para Assembleia (RJ) e Relatório dos Presidentes dos Estados Brasileiros (RJ) – fazem parte da República Velha, indo apenas do período de 1892 a 1930. A partir de então, o principal documento a oferecer informações é o “Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro: Mensagens apresentadas pelo Presidente do Estado (RJ) – 1930 a 1958”, também encontrado a partir da busca pelo verbete Vargem Alegre na Hemeroteca.

Continuava a ser pensado pelo governador estadual a ampliação do Hospital Colonia de Psychopaths de Vargem Alegre. Visto este ser o único hospital psiquiátrico vinculado ao Governo do Estado do Rio de Janeiro, o entendimento político era de que este era o motivo da superlotação. Assim, sempre havia a demanda por ampliação do espaço e construção de mais hospitais. Em 1935, isso é destacado no relatório: “*Assim que permittam as condições financeiras do Estado, não poderão deixar de ser convenientemente ampliadas as instalações desse estabelecimento bem como o seu quadro funcional*”. (RIO DE JANEIRO, 1935: 18) A superlotação acabava sendo entendida como o fator que impossibilitava a cura e melhora dos internos, sendo, assim, almejado constantemente ampliações, esperando que isso pudesse

reverter algo no tratamento. O que acabava acontecendo era que, quanto mais espaço, mais pessoas indigentes eram levadas para o hospital colônia. Entendia-se também que era necessário a implantação de um Manicômio Judiciário para receber os alienados delinquentes e a construção deste já era cogitada pelo governo do estado. Foi destacado que a nova direção do hospital estava sendo mais zelosa com os recursos materiais da instituição e que, inclusive, o número de óbitos teria sido menor neste ano, mas não foi apresentado dados numéricos, nem estatísticos (Rio de Janeiro, 1935).

Em 1936, o relator observou que o hospital colônia estava realizando internações bem superiores à capacidade normal do estabelecimento, pois as instalações que eram calculadas para 300 leitos estavam abrigando o dobro. Novamente foi pensado em reformas para a ampliação do espaço, visto que além de estar recebendo um quantitativo maior que sua capacidade, o hospital colônia mantinha pacientes deprimidos, agitados, epiléticos, alcoolistas e sórdidos no mesmo espaço. Novas direções são tomadas:

“O Departamento de Saude Publica, será dotado de um serviço especial de Assistencia e Prevenção, do qual o Hospital Colonia de Vargem Alegre, será uma mera dependencia.

Em Niterói, serão iniciadas as obras do Hospital Psychiatrico, para agudos, ficando Vargem Alegre reservada apenas à praxitherapia, uma vez que o critério para o internamento será de caracter tecnico e não leigo como soe acontecer actualmente. O programma completo e complexo que vae ser iniciado, visará tambem a prevenção das doenças mentaes, sem a qual não haverá nunca bastantes leitos no Estado, para attender ao numero crescentes de doentes dessa categoria.” (RIO DE JANEIRO, 1936: 43)

Entendia-se que o hospital deveria atender um número restrito de doentes mentais, que pudessem servir à praxiterapia. Todavia, ainda era esperado que a entrada do rigor científico no estabelecimento pudesse trazer a solução para a ineficiência das internações (Rio de Janeiro, 1936). Acontece que este quadro não era uma especificidade de Vargem Alegre e se repetia em diversos hospitais psiquiátricos do país e, justamente por isso, levantou o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, do qual abordamos no capítulo anterior. Franco Basaglia, por exemplo, quando esteve no Hospital Colônia de Barbacena em Minas Gerais na década de 1970 declarou estar diante de um campo de concentração e deixou claro seu horror diante do que via ali. Colocar o Hospital Colônia de Vargem Alegre como dependente de um departamento de assistência e prevenção significava adequar-se aos princípios da prevenção eugênica da LBHM, que via os vícios, a vagabundagem e a miscigenação racial como causa da degeneração mental. Vale lembrar que em 1934 foi promulgada a segunda Lei Federal de Assistência aos Doentes Mentais, através do Decreto n. 24.559, que dispunha claramente sobre a profilaxia mental e

assistência psiquiátrica. O artigo 9º deste documento dizia que sempre que, por qualquer motivo, fosse inconveniente a conservação do doente mental em domicílio, seria o mesmo removido para internação psiquiátrica e o artigo 14º que nos casos urgentes, em que se tornasse necessário, em benefício do paciente ou como medida de segurança pública, poderia ele ser recolhido, sem demora, para internação psiquiátrica, mediante simples atestação médica, em que se declarasse quais os distúrbios mentais justificativos para internação imediata. Assim, apesar de haver organização e ordenamento administrativos imputados aos hospitais psiquiátricos, a ordem pública prevalecia à questão de saúde, que teria de ser observada dentro do próprio espaço do manicômio no prazo de quinze dias, tempo suficiente para quem estava sadio adoecer só por estar num local como este.

O governador Protogenes Guimarães destacou ser do seu interesse o aperfeiçoamento técnico de todos os profissionais e setores da saúde pública. Isso também repercutiu em Vargem Alegre, pois a instituição não mais contaria apenas com um único profissional médico. Foram designados três médicos psiquiatras de carreira, com experiência em serviços de Assistência Psiquiátrica do Distrito Federal, objetivando “manter a observação psiquiátrica em dia”. Além desses, um médico clínico ficou responsável pelo tratamento das doenças intercorrentes e possíveis endemias. Havia também um cirurgião ginecologista, que realizava intervenções num pavilhão especial do hospital. Somando-se ao médico diretor, a instituição passou a conter seis médicos especializados. Um setor do hospital foi adaptado para ser implantado o Laboratório de Pesquisas Clínicas, que realizaria o exame do líquido cefalorraquidiano (que diagnostica doenças neurológicas), exames de sangue e outros. Foram realizados diversos reparos, adaptações e construções no estabelecimento visando a ampliação de enfermarias (118 leitos a mais para mulheres e 60 para homens), enfermarias para doenças infecciosas (40 leitos, divididos entre homens e mulheres), enfermarias para procedimentos cirúrgicos (20 leitos), dentre outras reformas. Destacou também que o obituário teve queda de 80% e que 70 % dos pacientes estavam sendo beneficiados pela terapêutica do trabalho (*praxitherapia*) (Rio de Janeiro, 1937).

Ainda seguindo a lógica de implantar o rigor científico nas instituições do Estado, a Casa de Detenção também teria a seu dispor dois médicos da *Assistência a Psychopathas* para avaliar os doentes mentais e, caso estes fossem transferidos para Vargem Alegre, poderiam estar acompanhados de um parecer do seu estado mental feito pela Casa de Detenção. Destacou o governador que acabara de ser inaugurado a sede central do *Serviço de Assistência a Psychopathas e de Hygiene e Prophylaxia Mentaes*, sob a direção do Dr. Heitor Carrilho. E

que, junto à Penitenciária do Estado, estava instalado e funcionando o *Laboratório de Anthropologia Penitenciario*, onde dois médicos do *Serviço de Assistência a Psychopathas* realizariam o exame sistemático de todos os sentenciados (Rio de Janeiro, 1937).

O Dr. Adolpho Possoldo assumiu novamente interinamente a direção do hospital em julho de 1938, permanecendo até janeiro de 1940. Em 1939, ele levou ao hospital colônia um curso de especialização em enfermagem, que durou seis meses, aperfeiçoando os servidores do local. A nova direção estabeleceu um ambulatório de atendimento médico, com distribuição gratuita de medicamentos e ampliou os serviços de horticultura, utilizando o espaço às margens do Rio Paraíba, designando um técnico especializado para tal trabalho, o Dr. Franco Belga. Foi também nesta gestão que se iniciou a convulsoterapia pelo Cardiazol, prática que estava sendo bastante difundida na época para a remissão da catatonía e outros sintomas negativos. Em janeiro de 1940, o Dr. Mário Alvarez retorna para direção do hospital, sendo desligado definitivamente em julho de 1941 (Rio de Janeiro, s/d).

A década de 1940 não nos traz muitas informações sobre o hospital colônia de Vargem Alegre, ao menos pela Hemeroteca Digital. Em 4 de janeiro de 1940, o Diário de Notícias – ano X, nº 5272 – informa que o interventor do Estado do Rio de Janeiro nomeou o Dr. Mário Alvares para dirigir o Hospital Colônia de Psychopathas de Vargem Alegre. “*Cem contos*” foram expedidos para atender a construção de mais uma ala no hospital, segundo o jornal Diário da Noite, de 3 de maio de 1941 – ano XIII, nº 4248. Neste mesmo ano, são encontradas irregularidades na administração do hospital, que culminaram na decisão do interventor por transferir de Vargem Alegre o oficial administrativo da administração do Estado, Sr. Francisco Caldeira, para o Tesouro do Estado. Essas informações foram encontradas no jornal O Fluminense – ano 64, nº 17.890 -, sem delongas.

Em 16 de outubro de 1941, a Revista Semanal Diretrizes – ano IV, nº 69 – publica uma entrevista com a psiquiatra Iracy Doyle⁴⁸ que, na época, fazia parte da diretoria do Sanatório da Tijuca, mas que já havia passado por Vargem Alegre. A mesma relata que ao entrar no Hospital Colônia de Vargem Alegre, em 1937, se deparou com um relatório do mesmo ano, que trazia informações sobre a superlotação de pacientes na seção feminina do hospital: havia a capacidade de 181 leitos, mas o hospital tinha 228 mulheres internadas. As 47 pacientes

⁴⁸ Figura marcante da medicina, da psiquiatria e da psicanálise do Rio de Janeiro e do Brasil, que conviveu com grandes mestres da psiquiatria de sua época e conseguiu ter o mesmo status do que eles. Ela estudou nos Estados Unidos e retornou ao Brasil em 1943, quando fundou o Instituto de Medicina Psicológica, que mais tarde veio a ser a Sociedade Psicanalítica Iracy Doyle (SPID). Mais informações em: http://www.spid.com.br/c_spid_historia_45_anos.asp

excedentes não tinham locais apropriados para dormir: ou era no chão, ou era se amontoando com demais pacientes. Além disso, havia leitos sem colchão, sem cobertas e pacientes nuas num local que era frio e chuvoso. Também foram encontradas pacientes que dormiam em locais com emanções malcheirosas e em situação de desabrigo. Mensalmente, faleciam cerca de 10 pacientes. Como a enfermaria de intercorrências clínicas não estava dando conta da alta demanda, foi inaugurado, como medida de urgência, um ambulatório, que recebia diariamente 10 pessoas para consulta, em que os diagnósticos que prevaleciam eram: desnutrição, estados carenciais, síndromes disenteriformes, corticopleurite, infecções gripais e escabiose. Dr^a Doyle relatou à revista sobre seu trabalho em Vargem Alegre. Como encontrou muitos trabalhadores leigos, sem formação técnica e “habituaados a uma rotina cheia de vícios”, viabilizou um trabalho inicial de educação profissional das enfermeiras e guardas, por meio de palestras semanais. Além disso, progressivamente, obras de adaptação foram realizadas em vários pontos da seção, incluindo a inauguração de um Serviço de Praxiterapia (que oferecia orientação profissional às internadas para a prática de atividades no hospital, como colchoaria, faxina, lavanderia, costura, etc). Informou também que foi construído duas enfermarias, com capacidade para 52 leitos, que receberiam casos julgados interessantes, dignos de maior estudo e trabalhos experimentais. Com isso, segundo ela, as 254 pacientes internadas em maio de 1937 já tinham leito próprio e as dependências da seção tinham melhores condições de higiene. Com isso, baixou o número de intercorrências clínicas e de óbitos.

Neste mesmo artigo, Dr^a Iracy destaca que a praxiterapia promovia melhorias no comportamento das pacientes e acreditava que, além do alcance moral e terapêutico, também era uma medida econômica para a instituição; as internas se distraíam com o trabalho, diminuindo a incidência de agressões, querelas e, como já estavam cansadas ao anoitecer, dormiam calmamente. Seguindo a linha de outros profissionais da época, acreditava que a assistência aos pacientes deveria abranger o tratamento médico, a educação (educar as famílias a tratar os doentes) e a profilaxia (prevenção desde a infância), pois não havia uma linha que pudesse separar nitidamente os normais dos anormais. Para ela, qualquer ser humano estaria sujeito ao adoecimento. Esta fala vai ao encontro da mentalidade psiquiátrica da época, em que a assistência psiquiátrica não deveria estar restrita ao espaço do hospital psiquiátrico, mas sim atenta aos determinantes de adoecimento em toda sociedade.

Porém, a superlotação volta a ser relatada e debatida pelo governo estadual. Em 1948⁴⁹, havia 1050 pessoas internadas no Hospital Colônia dos Psychopathas de Vargem Alegre e iniciou-se o processo de ampliação do local para mais 35 leitos na seção de pensionistas. E, ainda, o governo estadual recebeu verba para construção de um hospital psiquiátrico⁵⁰ em Niterói, com 250 leitos, voltado para doentes mentais agudos, em que a prática da neuropsiquiatria aconteceria através da cátedra Faculdade Fluminense de Medicina (Rio de Janeiro, 1949).

Vargem Alegre recebeu a ampliação de mais 150 leitos no ano seguinte. Paralelo a isso, já funcionava desde 1947 a “Colônia Teixeira Brandão”, em Carmo, com 136 pacientes, e já se estudava a possibilidade de inclusão de uma ala feminina, com 150 leitos. Além disso, estava sendo construído um hospital com 250 leitos em Jurujuba, Niterói-RJ, voltado para doentes mentais agudos. Com a conclusão da obra, prevista para o final de 1950, os pacientes presentes no hospital psiquiátrico da Rua São João logo seriam remetidos para Jurujuba, podendo aquele local ser adaptado em manicômio judiciário (Rio de Janeiro, 1950).

Em 1956, o governador relata que, de 1641 pacientes de Vargem Alegre, 667 tinham sido internados no ano anterior, 264 tinham tido altas e 122 tinham ido à óbito. A média diária era de 976 doentes internados (Rio de Janeiro, 1956). Já o ano de 1957 registra 985 doentes internados, 116 óbitos verificados, 1755 eletrochoques, 1300 exames de laboratório, 9324 receitas efetuadas, 1531 extrações dentárias, sem mais detalhes (Rio de Janeiro, 1957). O eletrochoque já se apresentava como prática indiscriminada no hospital, que provavelmente servia mais para punição e tortura do que para remissão de sintomas negativos, sua proposta original.

A hemeroteca não traz como resultados da pesquisa por verbete relatórios oficiais do governo a partir de 1958. Contudo, há vasto material de reportagens jornalísticas que apareceram no resultado da busca que puderam ser aproveitados para esta pesquisa.

O jornal Última Hora publicou em 2 de maio de 1959 – ano VIII, nº 2710 – que o Diretor do Hospital Colônia de Psicopatas de Vargem Alegre, Dr. Orlando Ricieri, levou ao conhecimento do governador do estado, Sr. Roberto Silveira, várias irregularidades que a antiga administração havia deixado: na farmácia faltava medicamentos próprios à terapêutica psiquiátrica, mas haviam outros medicamentos sem finalidade para a instituição; não havia

⁴⁹ Onze anos depois ao período referido por Iracy Doyle na entrevista em que ela cita que a superlotação era um problema resolvido em Vargem Alegre.

⁵⁰ O referido é o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, que foi inaugurado em 1953 e localizava-se em Niterói, que era a capital do estado do Rio de Janeiro na época. Inicialmente este hospital pertencia ao governo estadual, mas hoje está municipalizado.

nenhum carro de transporte para atender as demandas do hospital; os alojamentos eram insuficientes e estavam em condições precárias de higiene, tendo 900 camas, para atender 1128 pacientes; os pacientes estavam passando fome, por insuficiência de verba; os pratos para refeições estavam em números insuficientes; os prédios estavam em situações precárias; faltavam equipamentos na cozinha; havia risco de incêndio, devido ao desgaste da instalação elétrica. Quatro anos depois, o mesmo jornal (ano XII, nº 1118) relata que os hospitais psiquiátricos do Estado do Rio de Janeiro, de maneira geral, encontravam-se em condições caóticas, com falta de alimentos e medicação, podendo ser fechados a qualquer momento. E que os gastos com esses serviços eram onerosos ao estado. Assim, novamente pode destacar aqui que as irregularidades encontradas nos hospitais psiquiátricos eram decorrentes da lógica institucional manicomial.

Em 6 de setembro de 1976, o Jornal do Brasil (ano LXXXVI, nº 151), através do jornalista Nelly Coelho Rodrigues, publica a seguinte manchete: “Psicopatas vivem amontoados e sem esperança de tratamento”. A reportagem relata que cerca de 1300 pacientes viviam na instituição, em péssimas condições de higiene, amontoados e sem condições de receber tratamento psiquiátrico. Um ex-diretor da instituição, Dr. Gino da Costa, informou que a situação do hospital piorou em 1966, quando ocorreu atraso no pagamento dos fornecedores, gerando escassez de comida, culminando em 30 óbitos mensais, de pacientes que morriam de fome. Acrescentou também que ocorreu a demolição de um dos prédios e as irregularidades se acentuaram a partir da transferência dos pacientes para os locais que permaneceram; eram 1300 pacientes para uma capacidade de 300 leitos. Muitos desses pacientes eram internados pela polícia e se agravavam, devido às péssimas condições do ambiente. Além disso, ocorriam relações sexuais entre os pacientes, que culminavam em gestações e no nascimento de crianças “oligofrênicas”, que eram entregues às famílias da redondeza. O médico falou também que ocorreram desvio de verbas e roubo de objetos de valor do hospital.

Nesta mesma reportagem, o jornalista relata que conversava com o atual diretor do hospital, Dr. Eduardo Neves, que tentou encobrir as irregularidades do hospital, o que não foi possível diante do que se via ali, como forte mau cheiro, pacientes maltrapilhos e sujos, ameaças do administrador do hospital de levar os jornalistas para delegacia e de lhes tomar a câmera. Destacou que foram quatro horas de conversa, que por fim o diretor desabafou as dificuldades que encontrava ali. Disse que essas já vinham da gestão anterior, que a planta do prédio não oferecia condições de reforma e adaptação, que a equipe de profissionais era insuficiente. Falou também que muitas internações eram desnecessárias, de casos que poderiam ser atendidos em

ambulatório, gerando a superlotação de pacientes, mas que o hospital não realizava uma triagem dos casos. Dos pacientes internados, 730 eram mulheres, muitas com doenças ginecológicas, e quando precisavam de parto, todo trabalho era feito pelos próprios psiquiatras. Acrescentou também que os pacientes tinham alta e a família não comparecia para buscá-los, e muitas vezes nem era localizada, por haverem mudado de endereço. Na instituição havia vários pacientes com tuberculose, não havendo estrutura para realização do isolamento. As enfermeiras não conseguiam dar a devida atenção, nem quanto aos medicamentos, nem quanto a higiene dos pacientes, pois eram apenas três para atender a todos.

A mesma reportagem também entrevista o médico sanitário, Dr. Sadock de Freitas, Coordenador de Saúde da Região Médio Paraíba, que informou que a última reforma do hospital tinha sido há seis anos, mas que foi utilizado material de má qualidade e, contudo, já precisando de reparos na instituição, apesar de destacar que o melhor seria demolir tudo, pois aquele hospital era uma herança de diversos erros de antigos administradores.

A década de 1980 não traz reportagens sobre o Hospital Estadual de Vargem Alegre, ao menos não foi encontrada informações por busca na Hemeroteca. Em 1990 a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro publica edital para concurso público, que contempla vagas para Vargem Alegre.

3.2. O Hospital Estadual de Vargem Alegre (HEVA) na década de 1990

Esta parte do capítulo será construída a partir de entrevistas realizadas com seis pessoas que trabalharam no Hospital Estadual de Vargem Alegre na década de 1990: duas psicólogas, uma assistente social, um auxiliar de enfermagem e dois auxiliares de serviços gerais, que eram terceirizados. Os demais eram servidores concursados. Além deles, foram entrevistados dois gestores que tiveram contato com a instituição por vias de trabalho de gestão no SUS no Estado do Rio de Janeiro. Trabalhou-se com análise de conteúdo de base temática e as entrevistas foram categorizadas dentro dos seguintes temas: “O Hospital Estadual de Vargem Alegre e seu modelo de assistência” e “Efeitos da Reforma Psiquiátrica no fechamento do Hospital Estadual de Vargem Alegre e o modo de operacionalização do seu fechamento”.

Também foi incluído reportagens jornalísticas encontradas na busca pela Hemeroteca Digital Brasileira referentes ao mesmo período. Em 1991 novos profissionais chegaram à instituição, via concurso público, dentre eles estão assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, médico, etc., profissionais que foram compor uma equipe

multiprofissional na instituição que estava sendo pressionada a humanizar a assistência aos pacientes, pois Brasil afora estava movimentando-se para a construção de uma política pública de saúde mental baseada nos princípios *basaglianos* da Reforma Psiquiátrica que abordamos no segundo capítulo.

Como já destacado, o Hospital Estadual de Vargem Alegre localizava-se em um distrito do município de Barra do Piraí, uma antiga fazenda, local com características rurais e composto de uma bela paisagem. Os entrevistados descreveram que a área onde se localizava o HEVA era bonita pelas características naturais do local e pela própria estrutura antiga do prédio do hospital. Havia uma parte externa onde os pacientes “melhorados” trabalhavam com horta, jardinagem, etc., sendo que eles não utilizavam uniforme e circulavam em toda área externa do hospital e ainda ajudavam na limpeza. Dessa forma, quem chegava ali não se impactava com nada estranho, parecia estar num ambiente tranquilo e hospitaleiro. Entretanto, ao começar a trabalhar no hospital, essas pessoas que foram entrevistadas passaram a circular por todas as alas da instituição. E aí conheceram o verdadeiro horror. Os pacientes ficavam a maior parte do tempo no pátio, ociosos, e ali mesmo eles evacuavam, urinavam, se alimentavam e ficavam deitados pelo chão sujo. Era uma situação desumana e deplorável. Muitos pacientes ficavam nus, sem qualquer noção de pudor, privacidade e cuidado com o próprio corpo. Era um odor horrível!

Uma das profissionais entrevistadas relata que foi transferida para Vargem Alegre em 1990, período anterior a chegada dos profissionais do concurso. Destaca que no HEVA não havia um projeto institucional, nem profissional, ou seja, nada de muito concreto que desse direção ao trabalho multiprofissional. Além disso, não havia estrutura para fazer qualquer intervenção que fosse fora do espaço asilar, como localizar um familiar de paciente, por exemplo. Descreve que a estrutura do hospital era similar a um presídio; o local era úmido e sujo, onde os quartos tinham infiltração e os pacientes ficavam jogados no pátio, sem qualquer atividade ou algo para fazer. Relata também que havia uma área onde ficavam pacientes em posição fetal, sem qualquer reação a presença de quem chegava: “...era assustador, porque os pacientes não andavam atrás de você, não pediam cigarro, estavam vários deles em posição fetal, eles não tinham a menor reação, aquela coisa de hospital psiquiátrico que quando você chega o paciente vem falar com você, te pede um cigarro. Não, isso não existia lá.” (Profissional 6) E a maioria dos pacientes internados não saíam do espaço circunscrito do hospital. Havia uma vila próxima, onde tinha igreja, armazém, padaria, porém poucos pacientes tinham a benesse de poder ir até lá.

Amarante (2017) relata que pelo cheiro é possível reconhecer a verdadeira alma das instituições, destacando que há um cheiro típico de manicômio, que é como a serpente, que rouba os sonhos, os desejos e os projetos de vida. Portanto, é um cheiro que demarca que não há mais vida ali naquele local, onde as pessoas respiram, mas deixaram de viver há muito tempo. Este ponto aparece no relato dos entrevistados: o cheiro do hospital, a insalubridade do local, a falta de vida nos pacientes. *“O paciente comia na vala! Tinha uma vala e ele comia o resto de comida. Estava tão desumanizado que não dava para saber onde era fome e onde era desumanização das condições lá”*. (Profissional 2) Até mesmo o momento do banho, que pelos próprios princípios psiquiátricos deveria ser um momento terapêutico, foi descrito pelos entrevistados como um momento de horror, pois não havia mínimas condições de dignidade para assepsia e higiene. *“E aí eu soube que o horário do banho era isso, eles colocavam todos esses homens no pátio, nus, e o enfermeiro usava a mangueira de água fria para dar banho nos pacientes. Então, não tinha sabonete, não tinha toalha de banho, não tinha outra muda de roupa. Então, na verdade, eles ficavam ali se secando, os funcionários não deixavam eles se vestirem, porque senão iria molhar a roupa, iria ficar com um cheiro horrível. Então, só depois que eles estavam secos, é que devolviam as roupas para eles vestirem”*. (Profissional 1) Assim, por estes relatos é possível imaginar o cheiro de manicômio ali naquele local, tal como apontado no início deste parágrafo. Os pacientes tomavam banho como se fossem seres inanimados a serem aguados no pátio, com total desassujeitamento.

Os profissionais relataram que trabalhavam em regime de plantão e tinham dificuldade em dar andamento em suas ações pois, quando retornavam no plantão seguinte, sua intervenção anterior já havia sido desfeita. Relataram também que as pessoas que eram internadas ali vinham de diversos locais do Estado do Rio de Janeiro⁵¹, a maioria era levada pelo bombeiro ou policial, porém alguns chegavam pela ambulância de Barra do Piraí e municípios vizinhos, ou levados pela própria família. E muitos já se encontravam esquecidos ali, eram vistos como incuráveis e, portanto, entendia-se que não havia mais o que fazer com eles. Tinham pessoas com retardo mental, epilepsia, paralisia cerebral, etilismo, pessoas com questões neurológicas ou clínicas e até mesmo presos políticos. Com a entrada da nova equipe, assim que alguém era internado buscava-se levantar informações sobre a família, fazer contato, solicitar visitas e, assim, muitas internações de longa permanência foram evitadas. Contudo, com os crônicos, que estavam internados há mais de trinta anos, o trabalho era muito limitado, pois quando tinham alguma referência de lugar ou pessoa, esta já havia se desmantelado no tempo.

⁵¹ E no início do século chegavam pessoas do Brasil todo.

A princípio, a estrutura de um hospital tem por finalidade promover a saúde e prevenir doenças, além de oferecer condições para a terapêutica e ações de reabilitação. Mas quando o local não oferece nem condições dignas para se alimentar e repousar, entende-se que ele não está servindo aos seus propósitos. Ali no Hospital Estadual de Vargem Alegre (HEVA) não havia banheiros suficientes para atender a todos os pacientes, além disso, aqueles que estavam em melhores condições e ajudavam na limpeza não queriam permitir o uso por aqueles que poderiam facilmente sujar o local. Não havia leitos em boas condições de uso para todos e muitas roupas de cama e vestimentas que o hospital possuía estavam guardadas no estoque ou tinham sido furtadas por alguns funcionários que tinham o hábito de usufruir de tudo o que o hospital recebia (atos de corrupções do cotidiano, que num local afastado de tudo, longe dos olhares da sociedade, poderiam acontecer numa escala bem maior). O HEVA era um local de depósito de gente, com condições muito precárias de assistência, tal como eram muitas outras grandes colônias psiquiátricas, habituadas a aglutinar pessoas, muitas delas com histórico de transinstitucionalização, isto é, vindo transferida de outras instituições, geralmente de cunho manicomial. Assim, o HEVA realizou mais algumas reformas em sua estrutura e os profissionais que chegaram em 1994 encontraram condições melhores para trabalhar, no entanto o cuidado com o paciente já estava institucionalizado, não tinha avançado tanto, a alimentação e a higiene ainda eram precárias.⁵²

Em 7 de agosto de 1994 o Jornal do Brasil, edição de número 131, publica que profissionais de saúde e familiares de pacientes procuraram a Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro (ALERJ) para denunciar as irregularidades do Hospital Estadual de Vargem Alegre. Com a ajuda de alguns parlamentares, entregaram um dossiê ao promotor Alexandre Marinho, representante do procurador-geral de Justiça Antônio Carlos Biscaia. O presidente da ALERJ deputado José Nader tentou impedir que a reunião pudesse acontecer, negando a abertura da sala que havia sido requisitada com um mês de antecedência. Porém, mesmo com atraso, ela ocorreu em outro local da ALERJ.

Entretanto, esta não foi a primeira denúncia e as reformas ocorridas citadas no parágrafo anterior decorreram de uma série delas, que culminaram na intervenção do hospital e no seu posterior fechamento, descritos a seguir.

⁵² Informações obtidas pelas entrevistas.

3.2.1. A intervenção do CREMERJ e outros conselhos de saúde

O Jornal do Brasil⁵³ traz em suas páginas que no dia 08 de janeiro de 1992 ocorreu uma vistoria do Presidente do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro, Laerte Vaz de Mello, no HEVA. Ele considerou o tratamento comparável a um campo de concentração, onde os pacientes andavam nus, faltavam medicamentos e as condições físicas do hospital estavam com muitas infiltrações e problemas na rede elétrica, com um estoque de 7,5 toneladas de pão, que provavelmente mofariam antes de serem utilizados para a alimentação rica em farináceos dos pacientes. Numa outra edição⁵⁴, o jornal traz como manchete que os representantes dos conselhos regionais de profissionais de saúde do Estado do Rio de Janeiro decretaram também em 08 de janeiro a intervenção ética no HEVA. Laerte Vaz de Mello cogitou abrir processo ético e criminal contra o Secretário Estadual de Saúde – Dr. Pedro Valente -, caso ele não providenciasse em uma semana a remoção dos 493 pacientes internados ali. Na vistoria, que ocorreu por volta das 10 horas da manhã, encontraram todos os pacientes nus e a explicação dada pelos funcionários é que todos possuíam apenas uma roupa que era recolhida para lavagem às 07 horas da manhã e devolvida somente no início da tarde. Para atender os quase 500 pacientes, o corpo médico do hospital era pequeno: quatro psiquiatras, um estagiário, sete clínicos gerais, um ginecologista e dois odontólogos, que se revezavam nos plantões. No pátio havia esgoto a céu aberto, o encanamento de água apresentava problemas, os banhos eram coletivos (jatos de mangueira). A maioria das enfermarias não tinham energia elétrica, com infinitas ligações clandestinas de luz no local, faltavam camas e colchões (com isso muitos pacientes dormiam no chão). Além disso, o coador de café era feito com restos de pano de um colchão, a sala de raio x (sem revestimento adequado) ficava ao lado da sala de curativos e os enfermeiros não tinham luvas e máscaras para trabalhar.

Assim, o hospital não apresentava condições mínimas para funcionamento. Após a vistoria, Laerte Vaz de Mello apresentou ao diretor do hospital o auto de interdição do exercício ético profissional de todos os 221 funcionários do hospital, impedindo-os eticamente de trabalhar, dando o prazo de uma semana para a remoção dos pacientes para outro local e, do contrário, o Dr. Pedro Valente iria responder criminalmente pela situação.

A intervenção ética é um ato simbólico que funciona como pressão sobre o gestor. Neste tipo de ação, o conselho dá um prazo para o gestor fazer a adequação do hospital ou

⁵³ Jornal do Brasil, 29 de novembro de 1992; Ano CII nº 235, RJ.

⁵⁴ Jornal do Brasil, 09 de janeiro de 1992; Ano CI nº 274, RJ.

unidade de saúde, conforme as resoluções do Conselho Federal de Medicina. Caso as exigências não sejam atendidas no prazo, os profissionais ficam proibidos de exercerem a profissão no local. A intervenção ética no HEVA decorreu de denúncias dos próprios profissionais insatisfeitos com as condições de trabalho e com a impossibilidade de garantir avanços em suas intervenções e, após diversas tentativas frustradas de recorrer à Coordenação Estadual de Saúde Mental, acordaram de realizar uma denúncia para os conselhos profissionais de saúde: medicina, farmácia, nutrição, enfermagem, psicologia e serviço social. Assim, não foi uma intervenção só do CREMERJ, eram todos os conselhos profissionais de saúde unificados fazendo uma intervenção direta na atuação dos profissionais. E a visita técnica foi um escândalo que movimentou grupos sociais e a imprensa. E esses conselhos pressionaram a Secretaria Estadual de Saúde a tomar alguma providência e este foi um dos fatores que culminaram, mais tarde, no fechamento do hospital, a partir do seu descredenciamento do SUS. A partir da intervenção, foi possível montar um colegiado de gestão junto aos conselhos para traçar um projeto técnico institucional e ver o que era possível de ser feito para saída dos pacientes daquele local. Um ponto positivo foi conseguir fechar a porta de entrada das internações⁵⁵.

No dia 10 de janeiro de 1992, Laerte Vaz de Mello e uma comissão de conselheiros retornam ao HEVA para uma nova vistoria, mas foram impedidos de entrar por vinte policiais militares do 10º batalhão, equipados com escudos e cassetetes, comandados por um coronel que não se identificou e nem revelou quem lhe daria tal ordem. O objetivo da nova vistoria que havia sido marcada era conferir se as exigências da comissão tinham sido atendidas, como a remoção dos 493 pacientes, o início das reformas do hospital e o aumento de número de profissionais. Pedro Valente, Secretário Estadual de Saúde, assumiu a convocação do policiamento e colocou que sua intenção era de conter apenas a entrada da imprensa. Ele reconheceu que o hospital não estava em condições ideais, mas negou algumas práticas que foram denunciadas pelos conselheiros, colocando que o banho coletivo era normal em dias de calor e, ainda, de cunho terapêutico. Por fim, Laerte Vaz de Mello enviou um ofício ao governador Leonel de Moura Brizola, protestando contra a ação da polícia⁵⁶.

A equipe que trabalhou na época da intervenção avaliou que não cabia reformular aquele hospital e passou a ter uma atuação divergente com os interesses da secretaria de saúde do estado, que ainda pensava em mantê-lo. Uma das propostas levantadas na época foi a de reformular o local para estruturar residências terapêuticas, onde ficariam aqueles pacientes que

⁵⁵ Informações obtidas através das entrevistas.

⁵⁶ Jornal do Brasil, 11 de janeiro de 1992; Ano CI nº 276, RJ.

não tinham como retornar para família ou cidade natal, justamente por ter se perdido as informações sobre sua origem. Entretanto, este projeto não saiu do papel e não houve interesse da secretaria em viabilizar sua execução. Outro ponto positivo da intervenção foi a realização da Conferência Regional de Saúde Mental naquele local, onde estiveram presentes Pedro Gabriel Godinho Delgado⁵⁷, Cecília Maria Bouças Coimbra⁵⁸ e outros militantes da Reforma Psiquiátrica. Entretanto, este movimento perdeu forças. Os profissionais começaram a ser coagidos, ameaçados e precisaram passar a tomar algumas medidas para preservar sua integridade no próprio trabalho, como não entrar sozinho nas enfermarias e caminhar do ponto de ônibus até à instituição sempre acompanhados. A falta de respostas da secretaria e o receio dos profissionais em continuar a pressioná-la impossibilitou que se pudesse colher mais frutos do processo de intervenção ética (Profissional 6).

O Governo do Estado do Rio de Janeiro não cumpriu o determinado no tempo estipulado e então os profissionais precisaram ser remanejados do hospital, sendo transferidos para outras unidades do estado ou para a Secretaria Municipal de Saúde de Barra do Piraí, no final de 1992 e início de 1993. Posteriormente, algumas reformas foram realizadas e em 1994 convoca-se uma nova equipe para trabalhar, pois o hospital não recebia novas internações, mas muitos pacientes mantinham-se internados ainda na instituição. Neste momento algumas ações estavam sendo realizadas visando atender critérios de avaliação da qualificação hospitalar que poderiam ser realizadas pelo Ministério da Saúde. A resposta dada pela Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, após toda a repercussão do processo de intervenção ética, foi de que adequaria o hospital para funcionar de maneira adequada e promover a desospitalização dos que ainda se encontravam institucionalizados. Contudo, o hospital ainda não estava autorizado a realizar novas internações.

É importante destacar que havia condições favoráveis a esse tipo de intervenção ética na época, que foram desenvolvidas no segundo capítulo, apontando a germinação da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Em 1989 a Secretaria Municipal de Saúde de Santos havia realizado um processo de intervenção na Casa de Saúde Anchieta, que propiciou o fechamento daquele

⁵⁷ Militante da Reforma Psiquiátrica Brasileira que participou diretamente do debate em torno da aprovação do Projeto de Lei n. 3657 de 1989, até mesmo por ser irmão do deputado autor da lei. Foi Coordenador Nacional de Saúde Mental, Álcool & Outras Drogas do Ministério da Saúde de agosto de 2000 a dezembro de 2010 e presidente da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) e da IV Conferência Nacional de Saúde Mental -Intersetorial (2010). É professor adjunto da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Faculdade de Medicina e Instituto de Psiquiatria-IPUB).

⁵⁸ Psicóloga, historiadora, fundadora do Grupo Tortura Nunca Mais/RJ, que existe desde 1985 por iniciativa de ex-presos políticos que, como Cecília, viveram situações de tortura durante a ditadura militar, e por familiares de mortos e desaparecidos da época. É professora adjunta aposentada na Universidade Federal Fluminense.

hospital privado e na criação de uma rede de serviços substitutivos e comunitários de saúde mental. Além disso, no mesmo ano, o deputado Paulo Delgado, do PT de Minas Gerais, apresentou o Projeto de Lei 3.657/89, que dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por serviços assistenciais comunitários, de forma a repercutir em diversos âmbitos da sociedade sobre a desumanidade da assistência psiquiátrica brasileira. Em 1990⁵⁹, profissionais de saúde, juristas, legisladores e outros representantes da sociedade se reuniram na Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde, elegendo ações estratégicas para a reestruturação da assistência psiquiátrica no continente, dentre elas o atendimento em serviços comunitários, a descentralização do hospital psiquiátrico na prestação do tratamento, a garantia dos direitos humanos dos “doentes mentais”, dentre outras.

A década de 1990 teve importantes militantes da Reforma Psiquiátrica à frente de cargos de gestão em diversos setores públicos do Brasil, dentre eles Domingos Sávio Alves⁶⁰, que esteve como coordenador da Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Borges e Baptista (2004) chamam o início da década de 1990 de momento germinativo da política de saúde mental, visto que neste período a coordenação nacional estava completamente alinhada aos princípios da reforma psiquiátrica, dando corpo ao movimento que ocorria no Brasil, e colocam que neste período a atuação da Coordenação Nacional de Saúde Mental realizou ações de avaliação e acreditação hospitalar, amparando-se na Portaria SNAS nº 189/91, que trazia alterações do financiamento, mas também direções para melhorar as condições hospitalares e ao mesmo tempo induzir a desospitalização, pois não atendendo os critérios e prazos, a unidade seria descredenciada. Em 1993 surge a Portaria SAS nº 63/93, que substitui a anterior, enfocando normas de avaliação hospitalar, que deveria ser feita por um grupo multiprofissional dos diversos níveis de gestão. Em 1994, a Portaria SAS nº 145/94 indica a criação de grupos de avaliação nas três esferas de governos, mas prioriza a inspeção nos hospitais que sofreram denúncias ou solicitações.

Gaudêncio, (1999) relata em sua pesquisa sobre o Hospital Estadual de Vargem Alegre que a equipe técnica do Ministério da Saúde produziu um relatório em 30 de março de 1994 destacando as irregularidades do hospital e o não cumprimento das normas mínimas de

⁵⁹ Declaração de Caracas de 1990, documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas.

⁶⁰ Domingos Sávio do Nascimento Alves é médico neurologista e sanitarista, com especialização em Psiquiatria Social pela ENSP/Fiocruz. Tem sido um dos protagonistas da Reforma Psiquiátrica Brasileira desde a década de 1980, quando médico e duas vezes diretor da Colônia Juliano Moreira. Foi coordenador da Área Técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde nos anos d 1991 a 1993 e 1995 a 1996. E foi um dos diretores e último presidente do Instituto Franco Basaglia, organização não governamental do Rio de Janeiro que atuava na defesa dos direitos das pessoas com transtornos mentais.

atendimento exigidas pelo Ministério da Saúde desde 1992, culminando no descredenciamento do HEVA da rede do SUS, de modo que ele não receberia mais o repasse de verbas pelos pacientes internados. Dessa forma, o Estado do Rio de Janeiro teve de custear todos os gastos do hospital até a saída do último paciente, em 1997.

3.2.2. O fechamento do Hospital Estadual de Vargem Alegre

O Departamento de Serviço Social da Secretaria Estadual de Saúde chegou a se reunir com a equipe de serviço social do HEVA para traçar estratégias para intervenção profissional do HEVA. A reunião aconteceu no dia 25 de outubro de 1995 na Superintendência de Serviços de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, na qual realizaram discussão e levantamento de estratégias de ação, como também a construção de formulários para serem utilizados na intervenção. Pensaram na realização de consulta documental e realização de entrevistas com os pacientes, no encaminhamento de telegramas aos familiares que pudessem ser localizados o endereço, na entrevista dos familiares que respondessem a convocação e na disponibilização de um carro para a realização de visitas domiciliares aos familiares que não respondessem a convocação. Além disso, foi feita a proposta de reunir os funcionários para orientação quanto a realidade da instituição e preenchimento da ficha de identificação funcional, visto que o Governo do Estado do Rio de Janeiro tinha como direção a desativação do HEVA para sua transformação em Manicômio Judiciário. Deste modo, era de caráter de urgência para a Secretaria Estadual de Saúde a reintegração familiar dos pacientes ou sua transferência para outro hospital psiquiátrico. Do mesmo modo, era preciso definir a lotação dos servidores para outras unidades da secretaria ou o seu aproveitamento na instituição a ser implementada. Na reunião foi articulado a equipe que realizaria a intervenção e os recursos materiais e financeiros necessários⁶¹. Contudo, é muito provável que não conseguiram encontrar muitas informações, visto a maneira que os pacientes eram internados, como também o tempo que muitos deles estavam sem ter contato algum com a família. Fato é que a intervenção conseguiu retirar alguns pacientes ali, mas não todos.

No segundo capítulo foi desenvolvido sobre o conceito de desinstitucionalização, que é um dos pilares da Reforma Psiquiátrica e o principal norteador do seu processo. Existe uma diferença importante entre desospitalizar e desinstitucionalizar os internos de um hospital psiquiátrico em processo de fechamento. Desospitalizar, como nos traz Rotelli (1990), é uma

⁶¹ Informações obtidas através da cópia da súmula da referida reunião, fornecida por uma das pessoas entrevistadas.

política de altas hospitalares, com redução gradual de leitos. Entretanto, esta direção costuma produzir desassistência e, também, transinstitucionalização, ou ainda novas formas de internação. Por sua vez, a desinstitucionalização mobiliza atores e a comunidade para a desconstrução do manicômio e uma mudança de paradigma em relação ao cuidado em saúde mental, construindo novas técnicas e novas políticas substitutivas ao manicômio.

A partir disso, podemos dizer que o processo de fechamento do Hospital Estadual de Vargem Alegre não ocorreu por desinstitucionalização, o que culminaria na construção de uma rede de serviços com processos contínuos de assistência, mas sim por desospitalização, com simplesmente a desocupação de leitos. E a grande maioria dos internos foram transinstitucionalizados para a Casa de Saúde Dr. Eiras de Paracambi, Casa de Saúde Cananeia em Vassouras e outros hospitais mais distantes, como em Teresópolis, Petrópolis, Mendes, Niterói. Também ocorreram transferências para asilos e alguns poucos retornos para a família. Alguns chegaram a ficar em Vargem Alegre mesmo, pois, por estarem mais autônomos, a própria equipe do hospital evitou que alguns fossem transferidos, permitindo que ficassem em suas casas ou pela própria comunidade. No entanto, foram poucos, a grande maioria teve como destino o grande hospital de Paracambi.

Houve na época muitas denúncias de que a transferência dessas pessoas foi realizada sem planejamento, sem cuidado, sem algum tipo de manejo psicossocial, de maneira descuidada e sem ética. A transferência não estava submetida a algum critério técnico. *“É, vai fulano, vai sicrano. E não dava o direito para eles falarem para onde queriam ir, sabe? Eles saíram de lá chorando, muitos não queriam ir para Petrópolis, por exemplo”*. (Profissional 4) Não havia a opção de conversa, quem conseguiu não partir foi pela interseção e apego de algum funcionário. A Secretaria Estadual de Saúde enviou alguns ônibus e nem era dito a eles para onde iriam, pior, dizia-se que era apenas um passeio. E isso durou alguns dias, de modo que quem foi ficando por último foi percebendo que alguma coisa estranha estava acontecendo, pois, aqueles ônibus não traziam ninguém de volta. A sensação era de que entrar nele era entrar num buraco negro e desaparecer. *“Tinha paciente que realmente, ficava lá anos e anos e esquecido, como morreu esquecido. Mas do jeito que tiraram, acho que foi muito... encostava o ônibus lá, sabe? Era assim, encostava o ônibus lá e falava que ia levar”*. (Profissional 4) Para fazer uma desinstitucionalização tal como preconiza a Reforma Psiquiátrica era necessário ter uma rede de apoio, o que não havia na época. Ainda tinham muitos hospitais psiquiátricos em funcionamento. Não havia CAPS o suficiente, nem Residência Terapêutica. Incentivados pela Reforma Psiquiátrica, alguns trabalhadores tentavam construir serviços substitutivos ao

manicômio em seus municípios, mas ainda encontravam resistência por parte do governo local, tanto por ainda não haver uma política de financiamento em saúde favorável aos CAPS, tanto pelo desconhecimento em relação a essa nova lógica de cuidado em saúde mental. Em Vargem Alegre, o governo do Estado do Rio de Janeiro não recebia mais verbas por aquele hospital e precisava se livrar daquele custo e optou por fazer isso de uma maneira objetiva, porém desumana, através de uma transinstitucionalização selvagem.

Dessa forma, o olhar da Secretaria Estadual de Saúde parecia ser de que não havia pessoas ali. Diziam que estavam transferindo as pessoas em lotes. *“Eu falei: “você está dizendo lotes? Como assim lotes?” Ele falou: “Não, a gente chega com uns ônibus recrutados pela secretaria de saúde, coloca os pacientes e transfere”.* Não foi uma experiência que, por exemplo, nós do campo da atenção psicossocial, da Reforma Psiquiátrica subscreveríamos. *Não foi uma desinstitucionalização da Reforma Psiquiátrica. Foi uma desinstitucionalização feita de uma maneira descuidada, do ponto de vista da dignidade do paciente e tal”.* (Gestor 1) Neste momento, boa parte da equipe já havia sido transferida. Antes de sair contribuíram para o processo de intervenção, realizando levantamento de dados sobre os pacientes para encontrar alguns familiares, realizando algumas transferências mais cuidadosas para alguns asilos e casas de repouso, mas em algum momento a Secretaria Estadual de Saúde deu este trabalho por encerrado e rapidamente decidiu transferir os pacientes que ficaram para outros hospitais psiquiátricos.

Os funcionários que estavam ali no período do fechamento também sofreram com a violência do ato de transferência dos pacientes, como também com a incerteza de para onde seriam realocados, pois eram funcionários concursados. *“Foi chocante tanto para os pacientes como para os funcionários. (...) Tanto os moradores quanto os funcionários teve um baque mesmo. Meses e anos depois do fechamento teve até caso de funcionário que veio a falecer por conta desse fechamento. Teve quem se isolou, teve uma depressão por conta desse fechamento”.* (Profissional 3) Pouco se pensou na saúde dos profissionais. Foi uma desospitalização e transinstitucionalização selvagem, que afetou pacientes e funcionários, como também a comunidade de Vargem Alegre, que tinha apego por aquele local. Como não havia Rede de Atenção Psicossocial no território, a saída era a transferência mesmo - para outros hospitais psiquiátricos, ou para asilos, abrigos e instituições similares - porém, não precisava ser feito de maneira dura e sem o mínimo de cuidado. Alguns profissionais e pacientes definharam-se após este processo, perdendo suas forças tamanho impacto sentido com a selvageria da transinstitucionalização realizada no HEVA. Alguns pacientes tinham capacidade limitada de

compreender o que estava acontecendo, por já estarem cronificados e adoecidos com a institucionalização de longa data. Provavelmente os que estavam em condições melhores foram os que conseguiram ser reintegrados à família.

Em meio a tudo isso estava a seguinte questão: o que fazer com a antiga fazenda e prédio do Estado que ficou em Vargem Alegre? Não foi pensado em estratégias para uso útil do espaço público do hospital, que permanece até hoje abandonado no distrito. Na reunião citada no primeiro parágrafo deste item foi cogitado a transformação em manicômio judiciário, mas esta não foi a única proposta. Em 1995 a imprensa⁶² começa a noticiar as intenções do Governador Marcello Alencar: a brilhante e inovadora ideia de transformar o velho hospital psiquiátrico em um presídio! Ele pensava em estruturar o local para capacidade de 1,5 mil detentos. O Secretário Estadual de Justiça, Jorge Loretti, propunha fazer ali uma colônia agrícola e destinar o local para pessoas com penas leves. Ideia inspirada totalmente nas casas de correção do século XIX, nada inovadora, muito menos brilhante. Uma das profissionais entrevistadas, também moradora de Vargem Alegre, relatou que as obras de escavação chegaram a ser iniciadas, e que também chegaram a mexer no primeiro pavilhão, mas que não concluíram nada porque a população local se mobilizou contra. *“A decisão do presídio estava tomada e aí a gente queria fazer uma coisa a gente queria programas sociais... ah, sim... tem pessoas que foram lá, que a gente levou para propor um projeto de coletivização agrícola na região, que iria ser super legal. Era esse o projeto que a gente defendia, entendeu? Uma coisa de uma fazenda coletiva agrícola para a população, incluindo pacientes que estavam saindo de lá. Mas isso não chegou nem a estar formulado como um projeto que fosse apresentado. O presídio que o Marcello de Alencar queria fazer também, felizmente, não foi adiante por resistência da população”*. (Gestor 1) Em 1996 algumas figuras políticas da Região Médio Paraíba cogitaram a construção de um hospital regional. A imprensa⁶³ noticiou que a proposta deles era dissuadir o governador da ideia de um presídio em Vargem Alegre e lançar a ideia de fazer do hospital psiquiátrico desativado um hospital geral regional.

As casas dos funcionários do estado foram tomadas por funcionários que ficaram em Vargem Alegre, um número mínimo de ex-pacientes e pela própria comunidade. *“Eu acho que o hospital fechou porque foi falta de controle de dinheiro do estado, porque vinha verba para cá, isso eu tenho certeza que vinha, eles não tiveram controle no dinheiro, né. (...) Tem paciente que ficou aí, mas assim, que deram alta para ele e a família que estava com eles pegou a tutela*

⁶² Jornal do Brasil, 19 de outubro de 1995. Ano CVI, nº 194. Rio de Janeiro.

⁶³ Jornal do Brasil, 25 de outubro de 1996. Ano CVI, nº 201. Rio de Janeiro.

deles, né, ficou com eles para cuidar” (Profissional 7). Boa parte dos funcionários continuaram morando ali mesmo e o local onde funcionava a cozinha também foi transformado em várias moradias.

A falta de uma política de ocupação racional daquela área em Vargem Alegre fez com que nenhuma das propostas levantadas fossem para frente. Por fim, o governo do Estado do Rio de Janeiro destinou a ideia do presídio e do hospital regional para a cidade de Volta Redonda. O Hospital Estadual de Vargem Alegre permaneceu abandonado, o que favoreceu a ocupação desordenada pela população local. Em 2003 o *Jornal do Brasil* relata que havia um acampamento sem-terra em Vargem Alegre⁶⁴. Segundo um dos entrevistados, as pessoas invadiram o local para morar, mas foram retiradas pela polícia após ocorrer um homicídio no local.

Foi decretado oficialmente o fechamento do HEVA em 1996, que teve suas portas fechadas definitivamente em setembro de 1997, com a saída do último paciente (Gaudêncio, 1999). O município de Barra do Piraí pouco se afetou pelo fechamento do hospital, salvo pelos moradores de Vargem Alegre, que além de lamentarem o hospital estar desativado, temiam com a promessa de que naquele local se instalaria um presídio. Não obstante, a Secretaria Municipal de Saúde de Barra do Piraí, na verdade, lucrou com a chegada dos funcionários estaduais cedidos. O HEVA já não fazia mais parte da rede de atendimento para internação psiquiátrica, desde a intervenção em 1992. Além disso, ele ficava em uma região que tinha muitas clínicas psiquiátricas privadas, que atraíam o fluxo de internação para elas, não extinguindo assim o hospital psiquiátrico como recurso dos municípios locais. Portanto, o fato dele ser desativado não gerou nenhum tipo de impacto no fluxo das internações, nem mesmo ao município de Barra do Piraí, que segundo Gaudêncio (1999) costumava realizar cerca de 25 internações por mês de não assegurados pela Previdência Social no hospital psiquiátrico de Vargem Alegre, fora as demais internações que realizava nas clínicas conveniadas⁶⁵ da região. *“Foi noticiado. Todo mundo sabia, todo mundo contava história, todo mundo conhecia alguém que já tinha ido, todo mundo lá da região citava casos de pacientes que tinham ido para Vargem Alegre e nunca mais tinha retornado, entendeu?”* (Gestor 1). Não bastava fechar o grande asilo, era necessário desconstruir toda a rede manicomial que havia sido instalada ao redor dele.

Vimos por todo este capítulo a história da implementação e fechamento de um hospital colônia num distrito rural de Barra do Piraí, passando por momentos de sua trajetória em que

⁶⁴ *Jornal do Brasil*, 10 de abril de 2003. Ano 113, nº 2. Rio de Janeiro.

⁶⁵ Locais que receberam os pacientes transinstitucionalizados.

se pensava que o hospital psiquiátrico seria o local adequado e necessário para os doentes mentais. Como apontado no primeiro capítulo (página 36 em diante), a estrutura institucional do asilo serviu para exclusão social das pessoas que sofriam de transtornos mentais ou apresentavam alguma característica estigmatizante para a sociedade: eram lugares afastados do espaço urbano, ausente de laços sociais e esquecido pelos governantes. Neste capítulo foi apontado importantes denúncias que ocorreram no HEVA, mas que se repetiram nos diversos outros asilos do país: abuso sexual de pacientes, assédio às funcionárias com a promessa de promoções no trabalho, captação de recursos e utensílios da instituição, processos grosseiros de desospitalização, falta de destinação útil dos prédios e terrenos públicos que sediaram grandes hospitais, transinstitucionalização de pacientes para clínicas privadas conveniadas com o sistema público de saúde, as clínicas privadas conveniadas com o sistema público de saúde assumindo o fluxo de internações, a falta de impacto do fechamento de grandes hospitais psiquiátricos na construção de uma rede de serviços substitutivos de saúde mental (justamente por decorrência dos dois itens citados anteriormente).

Esta mentalidade asilar fez com que muitas pessoas tivessem suas vidas ceifadas pela institucionalização, perdendo a oportunidade de ter uma vida em sociedade. Foram anos de negligência, maus tratos, abandono e exclusão social em nome da higienização da sociedade e do poder psiquiátrico. E foi somente na década de 1990 que o HEVA pode receber suas primeiras intervenções de Reforma Psiquiátrica, através da iniciativa de profissionais recém-chegados, que logo foram sabotados pela lógica institucional do manicômio e pela política do Estado. A equipe técnica que chegou na instituição poderia ter dado um outro destino aos pacientes e evitado diversos equívocos desse fechamento selvagem do HEVA, construindo processos para uma saída cuidadosa dos pacientes, da instituição asilar para a comunidade, com o suporte de uma rede de serviços que pudessem ofertar, inclusive, a moradia para aqueles que não tivessem mais vínculos fora de Vargem Alegre. Entretanto, a atenção psicossocial como política pública ainda não tinha força nessa época, quase que sem amparo de financiamento. E, claramente, não houve investimento da gestão da Secretaria Estadual de Saúde para que isso pudesse acontecer.

Por fim, o HEVA encerrou suas portas sem promover a implantação de políticas públicas de saúde mental em Barra do Piraí e nos municípios vizinhos. Não houve qualquer responsabilização oficial ao município de Barra do Piraí quanto ao fechamento do hospital psiquiátrico de Vargem Alegre, transinstitucionalização dos pacientes e o alto número de internações psiquiátrica realizada pelo município. O trabalho com os municípios da região

começou apenas em 1999, com a entrada de Pedro Gabriel Godinho Delgado na gestão estadual de saúde mental. Porém, já havia um ambulatório de saúde mental na cidade, que recebeu alguns profissionais transferidos do HEVA, o que aproximou a instituição asilar com o município. A construção de serviços de saúde mental em Barra do Piraí é tema do próximo capítulo, assim como o efeito das experiências de profissionais da saúde mental que chegaram a trabalhar no HEVA. Podemos dizer que o fechamento deste hospital psiquiátrico produziu efeitos que culminaram na implantação de uma política local de saúde mental em Barra do Piraí, embora não tenha sido a condição para isso. Mas, favoreceu para que Barra do Piraí se antecipasse na região e implantasse seu primeiro serviço comunitário antes da promulgação da Lei n. 10.216, que já estava em debate no Congresso Nacional e na sociedade.

3.3. O resgate de uma história:

Neste ponto trata-se de uma entrevista diferente das demais. A entrevistada não esteve no HEVA, nem a trabalho, nem como paciente, mas é descendente de alguém que passou por lá. Em janeiro de 2019 uma estudante de psicologia procura o CAPS de Barra do Piraí querendo informações sobre o HEVA, pois sua avó falecera naquele lugar e ela estava à procura de dados sobre a instituição em que esta passou os últimos anos de sua vida, na tentativa de resgatar sua história. Veio de outro estado com algumas informações que levantou com sua família e procurou conhecer o local conversando com pessoas que moram ao redor do hospital. Ao chegar no CAPS ela encontrou a autora desta pesquisa e é assim que o destino nos traz os parágrafos seguintes, deste subtítulo.

Sra. V. esteve internada por cerca de cinco anos no HEVA, na década de 1970. Lá ela faleceu e a lembrança mais marcante que suas netas relataram foi do dia do seu enterro, que ocorreu sem nenhum contato com a administração do hospital, exceto por quatro pacientes da instituição que carregaram o caixão até o cemitério local, bem agregado ao prédio do HEVA. Assim, sem nenhum documento oficial da casa, sem registro e sem muita explicação, Sra. V. foi velada por seus familiares e por um ou outro paciente que aparecia para vê-la. O enterro foi num dia chuvoso, também com pacientes auxiliando a família, apesar de escorregarem na lama e encontrarem dificuldades para carregar o peso do caixão.

A estudante relata que era muito pequena na época da internação de sua avó, mas que se lembra que havia uma preocupação da família com os desaparecimentos que ocorriam com ela, que devido ao quadro patológico perdia o sentido de localização. Disse que não sabe ao

certo o diagnóstico que a avó recebeu, mas imagina que seja esquizofrenia porque ela tinha alucinações, falava coisas desconexas e trocava o nome das pessoas. E acredita que a mente dela se dissociou da realidade devido a muito sofrimento, agravado pelas condições de pobreza da família e pelo desconhecimento de alternativas para cuidado. Assim, ocorreu a internação psiquiátrica, pois era o tratamento oferecido na época, com choques elétricos e contenção na cama em um hospital com condições precárias. Lembra que ela e suas irmãs chegaram a visitar a avó e ficavam na área externa do hospital brincando, um local cheio de árvores com amplo e bonito espaço, uma área rural em que havia um curral e animais sendo ordenhados.

Foram cerca de cinco anos de afastamento de Sra. V de sua família, que morava distante e nunca fora informada claramente do tratamento que V. recebia, nem foi proposto o retorno para casa. Como Sra. V, muitos pacientes tiveram sua vida cerrada no hospital, sem outras perspectivas. Nem todos estavam abandonados pela família, mas ainda assim permaneciam internados, sem qualquer outra possibilidade de tratamento. É de pessoas como Sra. V que a instituição se mantinha, pessoas que não estavam num surto agudo, mas que eram consideradas doentes mentais crônicas que deveriam estar internadas por não haver perspectiva de retorno a vida em sociedade.

4. PLANEJAMENTO E IMPLANTAÇÃO DO CAPS EM BARRA DO PIRAÍ: EFEITOS NO TERRITÓRIO, DESAFIOS E AVANÇOS

Este capítulo tem como objetivo relatar sobre a construção da assistência em saúde mental no município de Barra do Piraí, tendo como principais eixos a implantação do Programa de Saúde Mental local e, posteriormente, mais especificamente do Centro de Atenção Psicossocial. Para levantamento de informações foram utilizados documentos institucionais que estavam arquivados no CAPS e que foram produzidos ao longo do período de estruturação do serviço. Além disso, foram entrevistados profissionais que protagonizaram a implantação do CAPS de Barra do Piraí. Este material foi categorizado para análise temática de acordo com as seguintes categorias: “Planejamento e implantação do CAPS de acordo com as normativas de gestão nacional”; “Efeitos dos processos de cuidado do CAPS e sua articulação no território”; “Desafios e avanços na manutenção do CAPS e implantação de outros dispositivos de saúde mental no território”. Foram entrevistados um gestor nacional, um gestor estadual, uma médica, duas psicólogas, um auxiliar de enfermagem, um familiar de usuário, dois usuários. Havia três roteiros de entrevistas, destinados respectivamente a gestores, profissionais e usuários/familiares. As entrevistas foram gravadas, transcritas e categorizadas de acordo com o modelo de análise de conteúdo de Laurence Bardin, por categorização temática.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Barra do Piraí foi implantado no ano 2000, antes mesmo da promulgação da Lei 10.216/2001, que propiciou a implantação de diversos CAPS pelo Brasil. Faz-se importante situarmos como estava a saúde mental no Brasil nesta época. Borges e Baptista (2004) nomeiam o ano 2000 como o momento de retomada da política de saúde mental, visto que de 1997 a 1999 a coordenação nacional esteve com pouca articulação interna. Em 2000 o psiquiatra e militante da reforma Pedro Gabriel Godinho Delgado assume o cargo de Coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde, o que pôde permitir a expansão de serviços substitutivos ao manicômio por todo país, a partir da construção da saúde mental como uma política pública de saúde. A Reforma Psiquiátrica encontrava-se em clima propício de debate, e o Projeto de Lei Paulo Delgado (PL 3.657/89) continuava tramitando para aprovação. Contudo, como abordado no segundo capítulo, já havia normatizações a favor da Reforma Psiquiátrica no país, estimulando maior controle e fiscalização de hospitais psiquiátricos e, também, contemplando a criação de novos serviços de saúde mental.

Um dos gestores entrevistados relata que em 1997, período em que fechou o Hospital Estadual de Vargem Alegre, a rede de serviços públicos e comunitários de saúde mental no Estado do Rio de Janeiro era quase inexistente, pois poucos municípios tinham efetivamente um Programa de Saúde Mental implantado. E, além disso, os gestores municipais consideravam que havia um programa de saúde mental quando tinham meios para receitar e administrar a distribuição de medicação psiquiátrica. Poucos municípios possuíam um serviço ambulatorial mais organizado. O próprio município do Rio de Janeiro tinha apenas três CAPS implantados (Irajá, Santa Cruz e Campo Grande). Alguns municípios do interior tinham serviços ambulatoriais de saúde mental, porém restritos em relação ao horário e na captação da demanda. A própria rede de Atenção Básica em Saúde era muito rarefeita. Portanto, a assistência em saúde mental no Estado do Rio de Janeiro era hospitalar, pois boa parte dos recursos do estado era usada para internação em hospitais psiquiátricos: era uma “rede” hospitalocêntrica, entre manicômios e distribuição de medicação.

A partir das entrevistas realizadas obteve-se a informação de que Barra do Piraí recebeu sua primeira psicóloga concursada em 1992⁶⁶, que iniciou atendimentos ambulatoriais encaminhados pelos médicos do Posto de Urgência. Além disso, ela foi responsável por buscar outros profissionais para que a construção de uma equipe mínima de saúde mental fosse possível. Quando o HEVA cedeu profissionais para a Secretaria Municipal de Saúde de Barra do Piraí, esta miniequipe pôde acontecer. Dois psicólogos e um psiquiatra foram cedidos em 1993 para que o município pudesse organizar um Programa de Saúde Mental, juntamente com esta psicóloga que já atuava no município. A equipe passou a atender no Posto de Saúde Albert Sabin. E seu ponto forte era a experiência que tiveram no HEVA. *“Então, fez toda diferença a gente viver tudo o que viveu em Vargem Alegre, ter constatado aquela realidade tão difícil daqueles pacientes e ter ido para Barra do Piraí acreditando que a gente iria conseguir reverter um pouco dessa história”*. (Profissional 1) Estes profissionais pensavam em conseguir reverter pedidos de internação psiquiátrica, para evitar a institucionalização manicomial daqueles pacientes e iniciar um trabalho da Reforma Psiquiátrica no município. Mas não imaginavam o quão árduo isso iria ser.

Barra do Piraí, além de possuir um hospital psiquiátrico público em seu território, era cercada de clínicas particulares, como: Sanatório de Mendes (Mendes/RJ), Casa de Saúde Cananéia (Vassouras/RJ), Casa de Saúde Doutor Eiras (Paracambi/RJ), Casa de Saúde de Volta Redonda (Volta Redonda/RJ), Clínica Vale do Paraíba (Quatis/RJ), Clínica Engenheiro Paulo

⁶⁶ Esta profissional, além de atuar no município, era concursada do HEVA desde 1990.

de Frontin (Paulo de Frontin). Com isso, era um município que realizava muitas internações psiquiátricas. Como já colocado, na década de 1990 a cidade tinha uma média de 25 internações mensais⁶⁷ no Hospital Estadual de Vargem Alegre, de pacientes não assegurados pela Previdência Social e, além disso, a mesma média de internações aos assegurados nas clínicas conveniadas, nos arredores da cidade. Enquanto isso, em outros pontos do país era debatido sobre a Reforma Psiquiátrica e novas experiências de cuidado em saúde mental eram lançadas, apesar da predominância da cultura e da instituição manicomial em muitos lugares do país, assim como em Barra do Piraí.

4.1. A experiência do Ambulatório de Saúde Mental

A equipe de saúde mental estruturada no município de Barra do Piraí em 1993 compôs a formação do primeiro Programa de Saúde Mental, contendo três psicólogos e um psiquiatra. O documento ‘Projeto de Saúde Mental’, redigido pela equipe, visava a criação de um serviço que pudesse contribuir para o desmantelamento dos manicômios e romper com a estigmatização que os “doentes mentais” sofriam na sociedade em geral. Portanto, o serviço a ser implantado tinha como objetivo prestar assistência preferencialmente aos pacientes com graves acometimentos psíquicos, acolhendo a crise e oferecendo suporte aos profissionais do serviço de pronto atendimento em receber as urgências de saúde mental. Dessa forma, tinha como proposta a criação de uma rede de serviços para acolher os usuários do Programa de Saúde Mental em suas diferentes necessidades, tais como centro de convivência, consultas ambulatoriais, internação em hospital geral, atendimento de urgência. O centro de convivência aconteceria também no Posto de Saúde Albertin Sabin, juntamente com os atendimentos ambulatoriais, com a perspectiva de acolher e estimular o relacionamento interpessoal e social, considerando a singularidade de cada usuário atendido. Logo, este projeto escrito em 1993 visava a ampliação da equipe e a expansão do trabalho do Programa de Saúde Mental para o hospital geral, através da implantação de 10 leitos de saúde mental na unidade hospitalar e 01 leito no Posto de Urgência, para observação.

Assim, o Programa de Saúde Mental (PSM) propunha o funcionamento de um ambulatório, tendo como meta a ampliação deste serviço de acordo com as propostas da Reforma Psiquiátrica Brasileira, visto que a Portaria SAS/MS 224/1992 já indicava diretrizes e financiamento para serviços de atendimento ambulatorial ou serviços nos moldes de CAPS. A

⁶⁷ GAUDÊNCIO, 1999, P. 23.

equipe de três psicólogos e um psiquiatra passou a atender no Posto Albert Sabin, que concentrava vários programas de saúde e, em pouco tempo, o psiquiatra já realizava quarenta consultas por dia e os psicólogos estavam com uma longa fila de espera de neuróticos em sofrimento psíquico, mas não caracterizavam o público-alvo a ser atingido por aqueles profissionais que estavam interessados em captar a demanda de internação psiquiátrica e encontrar os egressos do HEVA em clínicas conveniadas da região (Gaudêncio, 1999). *“Na verdade, assim que abriu o ambulatório, que a gente começou a oferecer atendimento em psicologia, psiquiatria, sem fazer grande divulgação, uma divulgação ali com os profissionais do posto, a gente começou com uma fila de espera imensa, uma demanda imensa, mas de casos de neurose, casos mais leves, enfim. Esses psicóticos continuaram não chegando na equipe de saúde mental e continuaram sendo internados nas clínicas ao redor”* (Profissional 1). Vale destacar que naquela época o PSM não regulava as internações psiquiátricas e as clínicas conveniadas recebiam pacientes encaminhados por qualquer instituição: hospitais gerais, polícia, serviços que recolhiam pessoas em situação de rua. Isso demonstra que o município ainda não havia sido afetado efetivamente pelos princípios da Reforma Psiquiátrica, já sendo exercida por todo país, não referenciando o paciente em crise ao serviço de saúde mental, mas ao hospital psiquiátrico.

O PSM passou a reivindicar ao Secretário de Saúde o aumento de profissionais técnicos para o desempenho do seu trabalho. Em 1994 chegaram mais dois profissionais para compor a equipe, a partir da realização de um outro concurso público, o que reacende a esperança de ser possível resgatar alguns casos de maior gravidade e melhorar a oferta do serviço no município. Entretanto, havia também o problema de espaço físico para atendimento, pois muitas vezes faltavam salas e era necessário carregar bancos à procura de um espaço na área externa do posto de saúde. Dessa forma, em 1995 a Secretaria Municipal de Saúde aprovou a proposta de reformar um antigo depósito que ficava nos fundos do Posto de Urgência (P.U.) para que ali fosse instalado o PSM. E em 1996 foi inaugurado o local, com acesso independente do P.U. e atendimento desvinculado de demais programas e serviços de saúde. O espaço físico contava com uma sala de espera, uma secretaria, três salas de atendimento individual, uma sala para grupos, uma sala para oficina terapêutica, uma sala para atendimento infantil e um espaço disponível para a realização de uma brinquedoteca, que estava nos objetivos da equipe. Essa mudança trouxe efeitos para o trabalho do PSM, que passou a ser multidisciplinar e não apenas de atendimento ambulatorial e individualizado. E o serviço recebeu uma médica especializada em medicina psicossomática, que já atuava no município e foi convidada para fazer parte do

PSM, além de um auxiliar de enfermagem e um auxiliar de atendimento, que atuaria na recepção do serviço. Por fim, em 1997 uma das profissionais da equipe foi realizar o Curso de Especialização em Saúde Mental Infanto-Juvenil na PUC/Rio, curso que trouxe efeitos não somente para ela, mas para todo o PSM de Barra do Piraí (Gaudêncio, 1999). Isso porque a capacitação dos profissionais é essencial para que estes possam refletir sobre suas práticas, além de obter troca de experiências com outros trabalhadores e com acadêmicos da área.

Assim, o curso de especialização possibilitou a aproximação com outros profissionais e o encontro com figuras importantes para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. A partir disso, a profissional também conheceu a existência do Instituto Franco Basaglia⁶⁸, em que atuavam dois militantes do movimento antimanicomial: Pedro Gabriel Godinho Delgado e Domingos Sávio do Nascimento Alves. Dessa forma, foi possível vislumbrar que algo poderia ser feito em Barra do Piraí no sentido de produzir efeitos da Reforma Psiquiátrica, construção de serviços e desinstitucionalização da loucura. Gaudêncio (1999) relata que foi discutido com a equipe sobre a possibilidade de conseguir uma assessoria técnica e supervisão através do Instituto Franco Basaglia (IFB). Tal conquista foi fundamental para organização e instrumentalização das demandas de trabalho e possibilidades de intervenção. A equipe oficializou o pedido através de uma carta e foi recebida para entrevista em 16 de outubro de 1997, quando foram dados os primeiros passos para uma nova trajetória no Programa de Saúde Mental de Barra do Piraí. Em 18 de novembro de 1997 foi confirmada a assessoria do IFB à saúde mental de Barra do Piraí. *“E aí a gente veio para essa entrevista aqui no Rio, com Pedro Gabriel. (...) e avisou então que Domingos Sávio seria nosso orientador lá. (...) Quando ele disse que seria o Domingos, foi uma grande surpresa e fez toda diferença, porque o Domingos tinha uma experiência fantástica, já tinha participado de vários projetos como esse, em vários lugares. (...) Então, fez toda diferença o Secretário de Saúde de Barra do Piraí se sentar com o Domingos Sávio, entendeu?”* (Profissional 1). E, assim, inicia-se um novo processo em Barra do Piraí, onde a equipe estava sendo capacitada e direcionada a pleitear com a gestão do município a ampliação do serviço de saúde mental por meio da implantação de um Centro de Atenção Psicossocial, tendo a participação direta de Domingos Sávio neste processo.

⁶⁸ Uma instituição civil sem fins lucrativos que atuava na área da saúde mental e da Reforma Psiquiátrica no Brasil, procurando garantir os direitos das pessoas com transtornos mentais, além de fomentar núcleos de pesquisas acadêmicas e formação para profissionais de saúde mental. Possuía um site com informações como o SOS Direitos do Paciente Psiquiátrico, um serviço em defesa da cidadania, informações sobre o Núcleo de Saúde Mental e Trabalho – NUSAMT, relação bibliográfica de teses, dissertações, livros e artigos, bem como agenda de eventos, boletim informativo e legislação. Em 26 de agosto de 1995 foi promulgada no Rio de Janeiro a Lei Municipal N° 2.351, que considerou o Instituto Franco Basaglia, com sede no município, uma instituição de utilidade pública (revogada pela Lei N° 5.242/2011).

O Secretário de Saúde ficou bastante impactado com as informações que lhe foram apresentadas, não só em termos do que o município de Barra do Piraí poderia representar naquele momento histórico da Reforma Psiquiátrica, justamente por ter sediado o Hospital Colônia de Vargem Alegre, que mais tarde foi nomeado como Hospital Estadual de Vargem Alegre (HEVA), mas, também, pelas novas possibilidades de recursos que poderiam chegar no município a partir de um melhor investimento na assistência às pessoas com transtornos mentais graves, ao invés de apenas pagar Autorização de Internação Hospitalar (AIH) para os hospitais psiquiátricos conveniados da região. Atrair o gestor com a captação de recursos para o município é uma ferramenta importante para despertar o interesse pela construção de um serviço ou uma rede de serviços. E, para isso, era necessário que a saúde mental do município se responsabilizasse também pela gestão das internações psiquiátricas realizadas. Assim, o secretário de saúde concordou em assinar a portaria municipal que colocava a porta de entrada das internações psiquiátricas nas mãos do Programa de Saúde Mental. A partir disso, toda AIH emitida para internação psiquiátrica só poderia ser realizada nos dias úteis de 8:00 às 17:00 horas e após a avaliação de qualquer técnico do PSM, sendo que quando fosse necessário encaminhar algum paciente para internação psiquiátrica fora deste período estabelecido, no dia útil seguinte a equipe de saúde mental deveria ser comunicada por escrito, com os motivos da internação e o local para onde o paciente tinha sido encaminhado.

4.2. Planejamento e implantação do CAPS: um modelo para a Região Médio Paraíba

Em dezembro de 1997 a equipe elaborou o ‘Projeto de Saúde Mental do Município de Barra do Piraí’ para formalizar tudo o que havia sido discutido no processo de supervisão/assessoria com Domingos Sávio e pactuado com a gestão do município⁶⁹. Amparando-se na II Conferência de Saúde Mental, ocorrida em 1992, o projeto propunha a criação de uma rede de serviços capaz de acolher os usuários de saúde mental em suas diferentes necessidades, tais como consultas ambulatoriais, atendimentos de urgência, oficinas terapêuticas, CAPS, internações em hospital geral e internações em hospital psiquiátrico. Direccionava que o PSM seria a porta de entrada das internações psiquiátricas, oferecendo recepção integrada dos atendimentos, oficinas terapêuticas, atendimentos psicológicos e psiquiátricos (preferencialmente na modalidade de grupo) e orientação familiar. Entretanto, em 1998 ocorre uma troca na nomeação do cargo de secretário de saúde, trazendo impasses às

⁶⁹ Este documento foi encaminhado para o secretário de saúde e para o Instituto Franco Basaglia.

conquistas adquiridas até então. O ano de 1998 seria propício para a saúde mental do município, com a possível implantação do CAPS e a provável redução das internações psiquiátricas, o que acabou não acontecendo (Gaudêncio, 1999). Barra do Piraí tinha demanda para abrir um serviço comunitário de saúde mental – Centro de Atenção Psicossocial – por conta dos egressos de Vargem Alegre e do alto índice de internações psiquiátricas⁷⁰ ainda realizadas em clínicas privadas conveniadas ao SUS, espalhadas por toda Região Médio Paraíba. Entretanto, a troca do gestor da secretaria de saúde implicava um certo recomeço nas pactuações da equipe, sendo necessário uma conversa com o novo secretário, também com a participação de Domingos Sávio, para retomar o processo de implantação do CAPS.

Enquanto o CAPS não se oficializava, a equipe do ambulatório já realizava ações ampliadas e não ficava restrita ao atendimento ambulatorial. Alguns profissionais realizaram uma formação no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro – IPUB/UFRJ – voltada para o trabalho com grupos de recepção e passaram a realizar este modelo em Barra do Piraí, mudando o paradigma da recepção dos casos, deixando de fazer triagem e passando a realizar acolhimento. E assim não havia mais uma enorme fila de espera. Utilizar a ferramenta de acolher as demandas de saúde mental através de uma técnica mais específica e estruturada, como o grupo de recepção, possibilitou atender mais rapidamente as pessoas e instrumentalizar melhor a equipe no atender as demandas que chegavam até ela. Gaudêncio (1999) destaca que o primeiro grupo de recepção do ambulatório ocorreu no dia 28 de maio de 1998 e, desde então, a captação das demandas não aconteciam mais por atendimentos individuais, sim pelo grupo, no qual os atendimentos estavam sendo satisfatórios. Além disso, pontua que as oficinas terapêuticas estavam recebendo egressos de internação psiquiátrica e a equipe estava realizando grupo terapêutico para acompanhamento clínico dos casos e, também, uma oficina terapêutica destinada a pré-adolescentes. *“Nós fizemos um curso sobre grupo de recepção, nós trouxemos o modelo de lá. (...) Foi assim que a gente começou, sem receita de bolo, com a disposição principalmente das enfermeiras. A parte médica funcionou mais ativamente nesta época, por conta de toda uma demanda espontânea chegando, e chegando, às vezes, em situações de denúncia inclusive de moradores”* (Profissional 5). Assim, o ambulatório começou a se tornar referência na comunidade para os casos de saúde mental, pois as pessoas passaram a procurar o serviço para solicitar intervenção com conhecidos que se encontravam em situação de negligência ou de crise psíquica.

⁷⁰ 257 leitos psiquiátricos em hospitais conveniados e 30 internações por mês (Gaudêncio, 1999).

Como já relatado, o ingresso de uma das psicólogas do ambulatório no curso de especialização em saúde mental na PUC aproximou a equipe de Barra do Piraí do Instituto Franco Basaglia, de modo que esta passou a discutir e repensar seus processos de trabalho, inserindo novas práticas de atendimento. E começou a funcionar em Barra do Piraí um ambulatório ampliado de saúde mental, onde aconteciam atividades terapêuticas para que os pacientes mais graves pudessem passar o dia. Estava acontecendo o fortalecimento de dispositivos grupais e coletivos para o cuidado das demandas mais graves de saúde mental, se aproximando ainda mais das propostas de um CAPS. Deste modo, o PSM de Barra do Piraí tinha como principal proposta a criação de uma rede de cuidados para acolher os casos de saúde mental do território e realizar intervenção técnica de acordo com a complexidade dos casos. E foi assim que nasceu a proposta de implantação de CAPS e de leitos psiquiátricos no hospital geral municipal. *“Na minha visão uma das coisas que foi bem mais pensada foi o CAPS (Profissional 2). “Tem um projeto do primeiro CAPS e até sair esse primeiro CAPS o que eu diria é que ele se constituiu mesmo como ambulatório e CAPS, juntos (Profissional 5).* Portanto, este momento foi um divisor de águas para a saúde mental de Barra do Piraí, que passou a viabilizar a construção de um CAPS para resgatar os egressos de Vargem Alegre que se encontravam nas clínicas conveniadas da região, além de oferecer um cuidado para os moradores de Barra do Piraí no próprio território, sem a necessidade de internação em hospital psiquiátrico.

Foi em 1998 que Adriana Maria Shad Balthazar assumiu a coordenação do Programa de Saúde Mental de Barra do Piraí, que até então estava nas mãos de um psiquiatra da rede. A decisão pela mudança de coordenação partiu da própria equipe, numa discussão da supervisão, onde o coordenador se deu conta de que o trabalho estava crescendo e que ele não teria disponibilidade de acompanhar o avanço do trabalho. Assim, a nova coordenação também começa a realizar supervisão no IPUB/UFRJ e a participar das reuniões na Gerência Estadual de Saúde mental. *“Mas Barra do Piraí era uma cidade que precisava do serviço, tinha uma coordenação muito ativa, muito boa, tinha uma boa equipe. Nós começamos a chamar as pessoas para ir nas reuniões e passar a ir nas cidades e passamos a apoiar esses municípios para criarem sua rede, em vários lugares, e Barra do Piraí foi o município, talvez até pelo fato dessa presença simbólica do asilo que foi fechado, né, foi o que mais aderiu a essa proposta de se criar o serviço” (Gestor 1).* Neste período a implantação de CAPS ainda estava sendo estimulada pela gestão estadual nos municípios, visto que, por ainda não haver financiamento sólido do Ministério da Saúde, os recursos municipais é que acabavam sendo utilizados para

manter os serviços de saúde mental funcionando. “Agora, o que existia lá em Barra do Piraí? Tinha um ambulatório, tinha um ambulatório de saúde mental bem pequeno, uma área bem pequena, com atendimentos lá de psicologia, acho que tinha um psiquiatra que atendia e não tinha CAPS, quer dizer é porque o CAPS também não existia no interior. Então não era um caso assim, ‘ah, a cidade estava atrasada em relação a criar CAPS’, ao contrário, até foi uma das do interior que tomou a dianteira na criação do serviço” (Gestor 1). E ter o apoio da equipe técnica do estado, nesse momento, foi fundamental para estimular a equipe em criar um planejamento mais estruturado e avançado para as questões de saúde mental.

No intuito de repensar as ações desenvolvidas pelo PSM, foi elaborado um novo documento de instrumentalização técnica e institucional, o ‘Projeto de Reestruturação da Assistência de Saúde Mental no Município de Barra do Piraí’, em outubro de 1999. Este projeto destacou que a equipe de saúde mental vinha trabalhando no sentido de substituir o dispositivo asilar por outras alternativas de assistência, mesmo contando ainda com apenas um Ambulatório de Saúde Mental e sem haver leitos de saúde mental no hospital geral, apesar de já ter sido planejado outras vezes a implantação desses dispositivos no município. Este documento também trouxe a informação de que foram analisadas 457 AIHs⁷¹ psiquiátricas emitidas pela Secretaria Municipal de Saúde de Barra do Piraí de junho de 1998 a junho de 1999, constatando que neste período apenas 23% dos casos não passaram por reinternações no ano, sendo que 77% dos casos passaram por várias internações. Acrescenta ainda que deste total de internações apenas 03 foram encaminhadas pela equipe do PSM, destacando o imenso desafio que era construir novas possibilidades de atenção ao usuário da saúde mental.

Outro destaque apontado pelo projeto citado é que as filas de espera para atendimento terminaram e que o PSM já era referência para 1200 pessoas cadastradas, ou seja, houve um considerável aumento da capacidade de acolhimento com o novo modelo de grupo de recepção. Além desse ponto, esse projeto de reestruturação propôs a criação de 03 leitos de saúde mental no Hospital da Cruz Vermelha para atender as urgências e oferecer retaguarda hospitalar para os casos em que a internação fosse necessária, ofertando também treinamento e assessoria aos profissionais⁷² que assistiriam os casos nos leitos de internação. O projeto relatou que o município ainda tinha como média o número de 37 internações psiquiátricas mensais em hospitais da região, muitas delas não encaminhadas pela equipe de saúde mental⁷³, e objetivou

⁷¹ Guia de Autorização de Internação Hospitalar.

⁷² Prevista para novembro de 1999, com o psiquiatra Dr. Sérgio Levcovitz.(IPUB/UFRJ).

⁷³ Diante disso, foi proposto que o Secretário Municipal de Saúde assinasse uma Ordem de Serviço determinando que todas as internações psiquiátricas do município de Barra do Piraí fossem realizadas pelo Programa de Saúde Mental, tendo como referência para as urgências psiquiátricas os leitos do Hospital da Cruz Vermelha.

estratégias para a ampliação da rede de saúde mental, que também poderia se articular com outros municípios da Região Médio-Paraíba para a construção de parcerias que possibilitassem a regionalização e ampliação da assistência. Além da criação dos leitos de saúde mental, foi proposto a implantação do CAPS⁷⁴ para a atenção diária dos casos mais graves; a criação de oficinas terapêuticas com a inserção de profissionais voluntários e parcerias com outras secretarias; o estímulo à organização de associações de usuários de saúde mental ou entidades similares; a parceria com o Instituto Franco Basaglia (IFB) e o Instituto de Psiquiatria IPUB/UFRJ para o desenvolvimento de atividades de pesquisas e supervisão; a criação do ambulatório itinerante⁷⁵ para o acompanhamento domiciliar de usuários e familiares com maior dificuldade de acessos aos serviços de saúde mental, a partir de levantamento prévio de informações de AIHs psiquiátricas e cadastros no PSM. Diante disso, a proposta era de que a equipe fosse ampliada para 05 psicólogos, 03 psiquiatras, 01 médico clínico com formação em psicossomática, 01 assistente social, 02 enfermeiros, 02 auxiliares de enfermagem 02 a 04 atendentes. Pensava-se, inicialmente, do CAPS iniciar suas atividades no próprio espaço do ambulatório para, posteriormente, adquirir espaço próprio. *“Tem um projeto do primeiro CAPS e até sair esse primeiro CAPS o que eu diria é que ele se constituiu mesmo como ambulatório e CAPS, juntos. Eu acho que foi quando nós fomos para aquela casa atrás da Santa Casa, eu acho que é ali que ficou caracterizado mesmo que havia alguma coisa diferente. (...) A gente fazia muita visita domiciliar e atendia em ambulatório. Os atendimentos em grupo começaram com a Maria Rosa, foi uma outra psiquiatra que nós tivemos. Ela trouxe o funcionamento, a dinâmica do atendimento em grupo, que eu peguei muito com ela e faço até hoje”* (Profissional 5).

Portanto, a estruturação do ambulatório ampliado de saúde mental que mais tarde seria transformado em CAPS deu-se graças ao esforço minucioso da equipe, com apoio do Instituto Franco Basaglia, que se aproximou da gestão municipal para pleitear melhorias e ampliações para o PSM. Neste período já havia também a mobilização de usuários e familiares, através da associação Barra CAPS, que tinha representação no Conselho Municipal de Saúde, demonstrando o protagonismo dos usuários e familiares na ocupação do controle social do município. Por decorrência do investimento dos profissionais e usuários/familiares, a discussão sobre a construção de um CAPS em Barra do Pirai é debatida também nas reuniões do conselho, o que possibilitou ser tema de debate da conferência local. Visando garantir a melhoria dos

⁷⁴ Prevista para janeiro de 2000.

⁷⁵ Previsto para fevereiro de 2000.

serviços prestados à população de Barra do Piraí e oferecer o atendimento com ênfase na promoção de saúde, ainda em dezembro de 1999 foi deliberada a criação de um Centro de Atenção Psicossocial, na IV Conferência Municipal de Saúde de Barra do Piraí:

“Art 5º: Deverá haver investimento na implementação dos Programas de Saúde existentes e implantação de novos, com ênfase nas ações preventivas e de promoção da saúde destes programas: Programa Saúde da Família; Programa de Agentes Comunitários de Saúde; Programa de Educação em Saúde; Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Crianças e Adolescentes – PAISMCA; Programa de Doenças Sexualmente Transmissíveis; Programa de Doenças Crônico-Degenerativas – Hipertensão e Diabetes; Programa de Saúde do Idoso; Programa de Saúde Mental; Programa de Saúde Oral; Programa de Saúde do Trabalhador.

Art. 6º: No caso específico do Programa de Saúde Mental, deverá ser assegurada a publicação de portaria específica da Secretaria Municipal de Saúde que normatize a porta de entrada de todas as internações psiquiátricas de pacientes do município através do Programa de Saúde Mental já existente, visando reduzir o número elevado de internações e qualificar o atendimento”.

Art. 7º: A Secretaria Municipal de Saúde deverá implantar o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS.

Art. 8º: A Secretaria Municipal de Saúde deverá implantar leitos psiquiátricos em hospital geral do município, dentro das normas específicas vigentes”. (BARRA DO PIRAÍ, 1999, P. 1)

Nesta mesma conferência também foi pactuado ações em relação a ambulâncias para atendimento 24 horas, incluindo nos distritos, e implementação das Unidades Básicas de Saúde nos bairros com recursos mínimos para o atendimento à população, além do investimento na qualificação dos servidores. Portanto, o município de Barra do Piraí estava implicado em investir no avanço de uma rede de atenção em saúde para ofertar atendimento de melhor qualidade à população e trabalhar sob a lógica da promoção da saúde, não se restringindo apenas a ações médico-curativas.

Em 2000, já com um terceiro secretário de saúde participando dessa discussão, foi possível a implantação e habilitação do CAPS de Barra do Piraí. E o serviço foi inaugurado para a comunidade numa nova casa, que se encontrava próximo da Santa Casa, hospital geral do município. O ‘Plano Plurianual Municipal de Saúde Mental’ (2003 – 2007) trouxe a informação de que o CAPS foi inaugurado em setembro de 2000 e que com a criação desse serviço a lógica do atendimento passou a ser de atenção diária, com atendimento intensivo ao usuário da saúde mental. O documento apontou que, anteriormente à inauguração, o Ambulatório de Saúde Mental já vinha atuando de forma ampliada, desde novembro de 1999, através das oficinas terapêuticas ministradas por profissionais voluntários.

É importante abordar, ainda, que em 26 de setembro de 2001 o Programa de Saúde Mental realizou a I Conferência de Saúde Mental de Barra do Piraí, com o tema “Saúde Mental em Barra do Piraí: Desafios e Possibilidades”, com o apoio da Associação de Usuários, Familiares e Amigos do Centro de Atenção Psicossocial – BARRA CAPS⁷⁶. Foram 204 pessoas inscritas no evento, que contou com a participação do Professor Dr. Paulo Amarante (FIOCRUZ/RJ), importante militante da Reforma Psiquiátrica Brasileira. De acordo com o relatório, o evento também teve na mesa a psiquiatra Maria Rosa, falando sobre a história da construção do Programa de Saúde Mental, o usuário André, que falou sobre a importância da garantia dos direitos dos usuários de saúde mental, e a Sr.^a Maria Cristina, representante do Barra CAPS, que apresentou a entidade, sua organização, propostas e trabalhos já realizados. Posteriormente, os presentes se reuniram em grupos de trabalho dentro dos seguintes eixos temáticos: Rede de Atenção Psicossocial para o adulto; Rede de Atenção Psicossocial para a Criança e o Adolescente; Participação da Sociedade do Processo de Reforma Psiquiátrica; Políticas de Saúde Mental para a questão do álcool e outras drogas em Barra do Piraí. Em seguida, aconteceu a apresentação do coral “Gaivotas que cantam”, oriundo de uma oficina terapêutica do CAPS que era realizada por uma profissional voluntária. Por fim, ocorreu a eleição de 16 delegados titulares e 16 delegados suplentes para as Conferências Regional e Estadual de Saúde Mental. Depois da eleição, o relatório da Conferência foi lido e aprovado por unanimidade pelos presentes.

Uma familiar entrevistada para esta pesquisa relata que seu filho é atendido pela saúde mental de Barra do Piraí há vinte anos. Portanto, ele chegou a passar dois anos no atendimento ambulatorial do P.U. Ela destaca a diferença quando se implanta o CAPS pela multiplicidade de profissionais e atividades, não se restringindo ao atendimento com o psiquiatra. Disse que no início ela acompanhava seu filho, que começou a se tratar com 17 anos; descreveu como o ambiente era agradável, de modo que ela se sentia em casa. Gostava de ir até a cozinha fazer café para os profissionais e sentia ter liberdade para isso – demonstrando uma estrutura flexível e receptiva do serviço. Ressaltou que seu filho conseguiu concluir o ensino médio, já se tratando no CAPS, e que depois de um tempo ele já se dirigia sozinho para o serviço. Disse que o quadro dele piorou nos últimos anos, tendo crises que acabaram levando-o para uma internação psiquiátrica. Lamentou muito por isso, pois ele nunca havia sido internado. E disse que apesar de todas as dificuldades com as crises do seu filho, ela prefere recorrer ao CAPS, percebe que a relação que ele estabelece com alguns profissionais do serviço fazem bem para ele. “*Olha, vou*

⁷⁶ Não foi encontrada nos documentos do CAPS a informação de quando a associação Barra CAPS foi criada.

te falar uma coisa, eu não deixo internar o F. mais não. Você lembra quando ele foi internado, não é? Eu não deixo internar ele mais não. (...) É porque ele veio de lá machucado, ele veio de lá queimado de cigarro, veio com dois dentes quebrados, veio cheio de piolho. Eu não sei se foi paciente ou se foi quem trabalha lá que apagava o cigarro no corpo dele, na perna. Ele tem cicatriz até hoje. Eu não interno, eu não deixo internar” (Familiar 1). Através dessa entrevista foi possível perceber que o CAPS teve uma importância na vida dela e de seu filho, de modo a operacionalizar um tratamento que os organizasse na vida e que, mesmo com o agravamento do quadro e, conseqüentemente, do sofrimento psíquico de ambos, ela entende que o CAPS tem uma importante função: a de evitar que pessoas como ele sejam internadas. Além disso, ela aponta uma denúncia do que ocorre frequentemente dentro dos hospitais psiquiátricos.

4.3. Efeitos dos processos de cuidado do CAPS e sua articulação no território

O CAPS I de Barra do Piraí mudou o paradigma de cuidado em saúde mental a partir de uma nova lógica e estrutura de funcionamento, atuando com oficinas⁷⁷ (culinária, argila, beleza, coral, desenho, artesanato, jornal mural foram as citadas nas entrevistas) grupos, assembleia, visitas domiciliares, atendimento a crianças e adolescentes, reunião de equipe, intervenção nas emergências (barrando internações psiquiátricas imediatas) e chegou a ter leito de saúde mental no Hospital da Cruz Vermelha. *“Então, era um município que tinha essa orientação de abrir um serviço como esse por conta dos egressos de Vargem Alegre. (...) Era um CAPS I, nós tínhamos então os atendimentos individuais, vários atendimentos em grupo, tinha grupo de recepção para porta de entrada do programa. (...) Nós fazíamos esse acolhimento lá ou no leito da Cruz Vermelha, ou então na emergência que chegasse na Santa Casa”* (Profissional 1). Era visível tanto para os profissionais quanto para os usuários que o CAPS trazia uma nova lógica de cuidado que beneficiaria a população. *“Eu acho que mudou bem (...) nós estávamos vivendo tempos heroicos!”* (Profissional 5).

Uma usuária entrevistada relatou que passava por internações recorrentes desde a sua juventude: *“Eu chegava em casa e não queria saber de casa, eu vivia internada. Eu dava crise. Eu dava crise, eu quebrava tudo, eu saía nua pela rua, quebrava as coisas dentro de casa... eu escutava voz na cabeça. Eu escutava a voz “faz isso”. Agora parou a voz, né... parou a voz. Na clínica era a mesma coisa, eu tomava remédio lá, eu passava mal lá também. Eu vivia chorando*

⁷⁷ As oficinas eram coordenadas pelos profissionais técnicos ou então aconteciam em parceria com profissionais voluntários, onde o voluntário assinava um contrato formal junto à Secretaria de Saúde e atuava com uma habilidade específica, com o suporte do técnico no trabalho terapêutico.

e amarrada na cama. Vivia chorando, eu escutava voz lá também.” Após a implantação do CAPS no município uma das funcionárias da equipe conhece a usuária e passa a se aproximar dela e estimular sua vinculação no serviço: *“Quando inaugurou a primeira vez, lá perto da Santa Casa. Cheguei lá tinha bolo, salgado, refrigerante. Tomei tanto refrigerante! Aí comecei a frequentar lá, fiquei indo só para lá. Aí eu parei de ir para Cananéia. (...) Aí eu parei com a internação, não fui mais. Já tem quanto tempo? - O CAPS abriu em 2000, tem 18 anos. - Tem dezoito anos então. Nunca mais fui internada”*. E ela foi relatando a relação que estabeleceu com profissionais e usuários do CAPS, falando sobre as medicações que tomava e que agora tinha o seu “barraco” e um marido: *“É bom para ter um lugar para a gente ir certo, né... Aqui tem um cafezinho com açúcar”*. Esta usuária hoje circula por todos os espaços da cidade e procura o CAPS nos momentos em que precisa de maiores cuidados, ou apenas de um espaço de convivência com os profissionais e demais usuários. Este caso aponta que o CAPS havia atingido um importante objetivo relatado por Yasui (1989), abordado no segundo capítulo: o de ser um local de referência para os usuários.

O outro usuário entrevistado frequentou tanto o ambulatório quanto o CAPS, após sua implantação. Relatou que passou por diversas internações psiquiátricas, mas que com o CAPS o seu tratamento ficou melhor: *“Ficou melhor, sem ser internado, frequentando o CAPS. Mudou muita coisa. Mudou o meu modo de pensar. Tinha a dona de Volta Redonda, dona Léa, que dava aula de música. (...) O CAPS é muito importante para todo mundo. Todo mundo que chega aqui no CAPS é bem tratado, bem recebido, é bem orientado.”*. Ainda hoje a oficina de música é uma das que ele mais gosta no CAPS. Relatou que passou por internações em diversas clínicas da região, mas que não chegou a ser internado no Hospital Estadual de Vargem Alegre, porém, ouvia falar do lugar: *“Eu ouvi falar de Vargem Alegre. Falaram que lá eles não tratavam bem o paciente, que maltratavam os pacientes, um batia no outro, o enfermeiro não separava, nem sempre o enfermeiro estava presente”*. Este usuário hoje já está idoso e frequenta o CAPS semanalmente, mas já teve períodos da vida em que esteve melhor e mais inserido em outros espaços sociais, após o tratamento do CAPS e interrupção do ciclo de internações psiquiátricas.

4.3.1. Delineando os processos de cuidado no CAPS de Barra do Pirai

É extremamente importante que um CAPS possa assumir os casos graves e complexos para desenvolver estratégias inovadoras de funcionamento e cuidado, enfrentando o desafio que é esbarrar com a dificuldade que os outros serviços da rede encontram ao assistir os usuários da

saúde mental. Os dois gestores que foram entrevistados destacaram que a implantação do CAPS e da rede de saúde mental de Barra do Piraí foi desenhada a partir das implicações do caso clínico de duas usuárias do serviço. Elas serão chamadas aqui pelos nomes fictícios das flores Azaleia e Margarida. São casos representativos e que demonstram como o serviço foi se organizando para oferecer um atendimento diferenciado, não se restringindo ao atendimento ambulatorial. Duas profissionais do CAPS entrevistadas também chegaram a abordar esses casos durante a entrevista. E foi a partir da fala de todos esses profissionais que foi possível construir a história de Azaleia e Margarida e suas implicações no funcionamento do CAPS. Não foram encontradas informações relevantes nos registros de prontuário, que apenas pôde situar algumas datas.

Margarida se encontrava em abandono familiar, reclusa na sua própria casa. Por isso, a comunidade em que ela vivia procurou o serviço de saúde mental e solicitou ajuda. E, a partir disso, o caso de Margarida foi dando ao então ambulatório os contornos para assumir o funcionamento e acolhimento de um CAPS. A equipe foi até sua casa para uma visita domiciliar e não conseguiu fazer nada, a princípio, pois a casa estava fechada e ninguém atendia os chamados. Num segundo momento a filha e o neto de Margarida estavam presentes e o menino, por ser pequeno, conseguiu abrir a janela, viu que a chave estava na porta e com um galho de árvore conseguiu pegá-la e abrir a casa. Quando entraram na casa, Margarida deu um pulo do sofá, começou a gritar, e conforme ela pulava as mechas de seu cabelo caíam no chão. Ela estava muito magra, vestia apenas uma camisola e não reconhecia a filha e o neto. Com isso, foi acionado uma ambulância para levá-la ao hospital, pois estava delirante e clinicamente muito debilitada. Era uma pessoa de muitíssimo difícil acesso para fazer até mesmo os exames clínicos. Ela precisou ficar um tempo no leito do Hospital da Cruz Vermelha, porém não foi fácil garantir isso. Foi preciso explicar o tempo todo aos profissionais que não dava para mandar uma pessoa nessas condições para o hospital psiquiátrico e foi preciso fazer contato com o secretário de saúde para garantir o cuidado no hospital do município. Chegou um momento que a Cruz Vermelha não permitiu mais a ocupação do leito e transferiram ela para a Casa de Saúde de Volta Redonda.

A equipe de saúde mental mobilizou-se, com a ajuda da comunidade, para arrumar a casinha de Margarida, que estava sem condições de habitação, e fez várias articulações para tirá-la dessa internação e trazê-la de volta para Barra do Piraí. *“O CAPS de Barra do Piraí teve como a primeira semente um ambulatório ampliado, já com oficinas terapêuticas e acolhendo alguns usuários que passaram a ficar o dia todo, alguns dias da semana. Com o caso da*

‘Margarida’⁷⁸, tivemos que assumir muito mais um funcionamento e um acolhimento de CAPS, porque teve um período que ela estava internada na Cruz Vermelha, assim que a tiramos da casa dela naquele estado que te contei, e após a recuperação clínica, já estabelecendo um vínculo com algumas pessoas da equipe, a Cruz Vermelha queria dar alta, mas não tínhamos para onde levá-la. Então acordamos que ela passaria o dia todo no ambulatório de segunda a sexta e só dormiria no hospital. Com isso, vimos que o CAPS nasceu antes mesmo que tivéssemos nos dado conta que já era a hora de realizarmos esse projeto. E, com o fechamento de Vargem Alegre, tínhamos o argumento técnico para justificar a necessidade do município em montar este dispositivo. Foi assim... A ‘Margarida’, mais tarde, quase cria também a primeira RT de Barra do Piraí. Foi por pouco!’ (Profissional 1). Foi este um dos casos que trouxe a possibilidade de práticas psicossociais mais intensivas.

Já Azaleia era casada, tinha filhos e vivia em Teresópolis, até que por uma situação não esclarecida foi internada pelo marido no Hospital de Jurujuba em Niterói, perdendo o contato com todos os seus familiares, que também não receberam esclarecimento sobre o paradeiro dela. De lá foi transferida para o Hospital Estadual de Vargem Alegre, provavelmente pelo abandono familiar. Com o fechamento do HEVA, foi transferida para Casa de Saúde Doutor Eiras, em Paracambi. Ao todo somaram-se cerca de 40 anos de internação psiquiátrica. *“A ‘Azaleia’ eu conheci lá em Vargem Alegre e ela sempre foi falante, contava as histórias dela, contava, contava, contava, mas ela tinha isso, ela não era de Barra do Piraí. Bom, quando eu fui participar da intervenção em Paracambi, alguns anos depois, eu encontro a ‘Azaleia’ lá”* (Profissional 1).

Foi na possibilidade de implantar uma Residência Terapêutica (RT) que o caso de Azaleia e Margarida se encontraram. Após receber alta das internações Margarida voltou para casa. Contudo, era complicado para ela se ficasse sozinha de novo, precisava de companhia. Era resistente com alguns familiares e eles também não tinham muitas possibilidades de ajudá-la. A questão é que Margarida tinha medo de ficar sozinha em sua casa e passou a ficar todos os dias da semana no ambulatório e a receber ajuda de vizinhos. Voltando a falar sobre Azaleia, ela estava em Paracambi, internada, e foi encontrada pela equipe de Barra do Piraí nas visitas à clínica para busca de pacientes do município, pois havia como direção no estado que municípios com pacientes internados em longa permanecem realizassem a desinstitucionalização dos mesmos. Como muitos pacientes do HEVA foram transferidos para Casa de Saúde Dr. Eiras, a

⁷⁸ Nome real substituído pelo fictício.

equipe passou a fazer visitas àquele local, tentando se articular para construir estratégias de desinstitucionalização.

Foi assim que a Azaleia foi reencontrada pela profissional que a conheceu no HEVA. Azaleia tinha um grau de autonomia muito bom, mesmo internada tinha conquistado espaço para ter suas coisas, fazer sua comida. E assim foi pensado uma aproximação entre Azaleia e Margarida, em que elas fossem morar juntas numa casa equipada para o cuidado, sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, que ofereceria o cuidador e a alimentação. Sabia-se que logo apareceriam outros casos com a mesma necessidade e surge então a proposta de um Serviço Residencial Terapêutico.

Azaleia e Margarida foram tendo momentos de aproximação, mediados pelos profissionais que as atendiam no CAPS. Ao mesmo tempo, a equipe fez um trabalho junto às secretarias Municipal e Estadual de Saúde para cadastrar a casa de Margarida como uma RT, pois a ideia já havia sido aprovada por ela e pela família. Azaleia e Margarida foram então morar juntas, inicialmente com a proposta de montarem uma RT e serem acompanhadas cotidianamente por uma equipe de saúde mental. Entretanto, essa história não teve o desfecho esperado. A casa de Margarida não chegou a se tornar um serviço a ser mantido oficialmente com recursos públicos, não chegou a ter o cuidador para mediar os conflitos possíveis de relacionamento de uma RT e após algum tempo as duas começaram a se desentender e Azaleia acabou sendo movimentada no sentido de sair da casa e ter um espaço seu. Entretanto, foram quase três anos juntas na casa. O que inviabilizou a concretização deste trabalho é que não houve recursos financeiros que pudessem sustentar as propostas construídas pela equipe, de modo que a organização que foi construída entre as usuárias se tornou frágil para que elas pudessem manter sem um suporte mais intensivo no seu cotidiano.

O que assinalamos como importante no caso de Azaleia e Margarida foi o investimento que foi sendo feito para sustentar esses casos fora do hospital psiquiátrico e, ao mesmo tempo, se desenhando uma linha de cuidado muito própria de um CAPS, visto que este tem como função assumir os casos mais complexos. O ambulatório que existia em Barra do Piraí foi recebendo casos clínicos que demandaram uma reorganização do serviço, que culminou na implantação de um CAPS. *“A paciente funcionou meio pedagogicamente para demonstrar que é preciso ter um serviço que tivesse capacitado para dar conta dessa demanda contínua dessa paciente, que não era num ambulatório (...) aquilo nos ajudou a convencer a gestão local e as pessoas a poder arranjar um lugar para fazer um CAPS”*. (Gestor 1). Então, a criação do CAPS não está diretamente relacionada ao fechamento de Vargem Alegre, mas simbolicamente sim,

pois houve empenho de profissionais que estiveram no HEVA na implantação de um serviço substitutivo ao manicômio em Barra do Piraí. E foi a demanda construída pelos casos atendidos que mobilizou a equipe e possibilitou a mudança na lógica de cuidado, de modo que foi se criando uma rede de saúde mental no município, que permitiu recolher esses casos e dar um outro destino a eles - destacando que a equipe estava recebendo supervisão e assessoria do Instituto Franco Basaglia, do IPUB/UFRJ e da Gerência de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde, que naquele tempo era muito presente no cotidiano das equipes.

Em relação aos efeitos da implantação do CAPS, um fator importante é que as internações psiquiátricas foram acontecendo cada vez menos, principalmente nos momentos em que era possível haver intermediação da equipe do CAPS no serviço de urgência para que a internação psiquiátrica não fosse o primeiro e único recurso a ser pensado. Retomando o ‘Plano Plurianual de Saúde Mental de Barra do Piraí’ referente aos anos de 2003 a 2007, há a informação de que o CAPS realizava o controle parcial da emissão das AIHs psiquiátricas, em parceria com o Polo Municipal de Emergência, anexo à Santa Casa, visto que durante o horário noturno e nos finais de semana a decisão da internação ficava nas mãos do plantonista médico. Essa parceria permitiu um controle significativo, pois ocorreu uma queda no número de internações mensais: a média de 2000 era de 28 internações mensais; de 2001 era de 15 internações mensais; e janeiro de 2002 a julho de 2002 era de 10 internações mensais, em sua maioria realizada pelo plantonista, sem a participação do CAPS. No horário de funcionamento do CAPS⁷⁹ os profissionais da equipe eram acionados a irem ao Polo de Emergência e realizar uma consulta integrada com a equipe de plantão, visando um atendimento de qualidade para o usuário e o controle das internações psiquiátricas pelo Programa de Saúde Mental.

Com isso, podemos dizer que a implantação do CAPS fez diferença no território de Barra do Piraí e da Região Médio-Paraíba: *“Então, eu me lembro da criação, foi um CAPS importantíssimo porque era uma cidade que não tinha muita facilidade na criação de uma rede de saúde mental, não havia um grande apoio da criação da rede de saúde mental. E foi um caso, assim, bem-sucedido. Foi uma história bem-sucedida da criação desse serviço lá, que teve dificuldades, como todos os outros serviços, mas se mantém até hoje, né, como um CAPS. E era o único CAPS daqueles municípios ali, nesse momento. Foi um dos primeiros CAPS do interior mesmo. Eu me lembro que foi importante porque mostrou que pode se fazer uma rede. A gente não tinha muitos CAPS para servir de exemplo, para mostrar que funcionava”*. (Gestor 1). Naquele momento era muito difícil implantar serviços, pois o financiamento mais sólido

⁷⁹ De segunda a sexta-feira, das 8:00 às 17:00 horas.

para os CAPS só veio em 2002⁸⁰ e o que aconteceu antes disso foi muito pelo protagonismo das equipes e da disposição do município em oferecer recursos. Na verdade, dependia bem mais do envolvimento dos trabalhadores com os casos. *“Tinha os leitos na Santa Casa⁸¹ e a partir de um caso começa a criar uma linha de cuidado para a paciente e vai se organizando a equipe, até que se monte o CAPS. Lógico que tem todo um processo, mas acho que isso faz diferença. Estou te falando este evento porque a gente usou muito o exemplo de Barra do Piraí no Estado para falar isso com os outros CAPS. Porque é isso, nem sempre o coordenador tinha governabilidade política com o secretário, quem dirá com o prefeito, e a gente usava muito o exemplo do município de Barra do Piraí, o que pode, qual é o poder de você agenciar uma linha de cuidado, como você pode organizar uma rede”*. (Gestor 2).

Os profissionais entrevistados relataram o quanto foi gratificante para eles participar da construção de um serviço que trouxe mudança efetiva na qualidade de vida das pessoas atendidas no município. Destacaram o quanto foi necessário que eles mesmos se mobilizassem para sustentar a nova prática de cuidados que estavam construindo no território. *“Precisou muito de gente disposta a enfrentar, a trabalhar mais duro um pouco, quebrar aquela coisa de ranço de que serviço público é para encostar. (...) Naqueles tempos heroicos a gente era vista com um olhar meio assim, porque a gente ia para rua, em várias situações, de pegar paciente nosso que surtou e estava pela rua”* (Profissional 5). Apontaram a satisfação que sentiam em realizar ações coletivas, nas quais tinham contato direto com o usuário e seu cotidiano. *“Eu participava numa dessas oficinas também, fiz oficina de culinária, oficina de artes, fiz oficina de jornal. (...) Na minha experiência eu aprendi muito na parte de oficinas com eles, com os próprios usuários”* (profissional 3). Reconheceram o quanto lidavam com um saber que não estava dado, mas que estava sendo construído e que eles eram os protagonistas dessa história. *“São muitas histórias, com certeza foi uma grande escola. Foi muito intenso, porque é isso, é quase começar do zero num município que praticamente não tinha nada em saúde mental e ver muita coisa mudando, se transformando, nascendo, crescendo, enfim”*. (Profissional 1). Foi importante para eles aprender a aprender.

⁸⁰ Portaria nº 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002, que regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

⁸¹ Acrescentando que os leitos ficavam no Hospital da Cruz Vermelha.

4.4. Desafios, impasses e avanços do CAPS de Barra do Piraí

Na virada para o século XXI o Estado do Rio de Janeiro ainda tinha muito a avançar no campo da saúde mental, pois possuía uma rede formada por raros ambulatórios, pouquíssimos CAPS, com serviços de Saúde da Família ainda rarefeitos e vastos leitos psiquiátricos em clínicas manicomiais. Nem eram todos os municípios do estado que tinham equipes responsáveis pela área da saúde mental, mas os poucos profissionais existentes estavam em capacitação, em supervisão. Contudo, havia pouca ampliação de serviço. Assim, os desafios num município como Barra do Piraí estão relacionados com a implantação de um serviço de atenção diária (um CAPS), com a montagem de uma equipe mais adequada às exigências do trabalho (pois a equipe que havia ali era pequena), com a manutenção do financiamento para insumos, medicamentos, alimentação e as necessidades do CAPS. Portanto, o primeiro e principal desafio estava em montar e credenciar um CAPS num município com uma cultura manicomial e hospitalocêntrica. Seria preciso, assim, fazer com que a gestão municipal entendesse que isso seria viável. *“A gente investiu todas as pistas, as fichas na contratação, no credenciamento. Porque também tinha isso, a gente teve que correr, você a partir de determinado momento tinha um número de serviços funcionando sem credenciar”* (Gestor 2).

Barra do Piraí tem uma cultura extremamente marcada pela figura do manicômio: *“Assim como Pinel aqui no Rio tem essa conotação de loucura, lugar dos loucos, dos excluídos, em Barra do Piraí era Vargem Alegre. Alguém falava ou fazia qualquer coisa mais estranha a brincadeira era: “oh, você vai para Vargem Alegre em”. Ou: “ih, você está com cara de que veio de Vargem Alegre”. Vargem Alegre era sinônimo de loucura. Os moradores de Barra do Piraí só conheciam Vargem Alegre se houvesse um parente internado lá”* (Profissional 1). Logo, implantar um CAPS em um município com toda essa tradição manicomial é muito mais do que habilitar um espaço físico, contratar equipe e prestar assistência em saúde mental, pois o grande desafio é lidar com o imaginário social da loucura presente na população da cidade, romper com o estigma da doença mental, promover a desinstitucionalização da loucura no território. O fechamento do Hospital Estadual de Vargem Alegre já provocou mal-estar na cidade, pois as denúncias saíram em jornais, foram veiculadas na televisão. A ideia era que o CAPS também pudesse causar um certo barulho, para mostrar que havia um novo modo de assistir o “doente mental”.

Inicialmente, a prioridade era fortalecer o CAPS, obter a retaguarda de leitos de saúde mental no hospital geral e depender cada vez menos do hospital psiquiátrico na atenção à crise,

de modo que as internações psiquiátricas pudessem ser em algum momento zeradas. Portanto, era um importante desafio romper com o ciclo constante de internação psiquiátrica que acontecia sem o aval da equipe de saúde mental, pois como não havia no município uma unidade específica para as emergências psiquiátricas, os laudos para internação vinham de qualquer médico da rede pública, sem o menor critério clínico e controle do PSM. Assim, uma conquista do CAPS foi o controle das AIHs emitidas pelo Polo de Emergência através da consulta integrada da equipe da emergência com um profissional do CAPS, ao menos no horário de funcionamento do serviço.

Posteriormente, veio a necessidade de se pensar na implantação de Residências Terapêuticas. *“A gente tinha que ter residência terapêutica, a gente sabia que tinha uma dívida histórica. Paracambi estava ali na nossa cara. Querendo ou não, Barra do Piraí se deu conta da saúde mental, que Vargem Alegre pertencia, não adiantava querer negar aquilo ali, mas por ter negado tanto tempo isso aqui, a gente era responsável pelos pacientes que foram colocados. Foi a equipe que trouxe isso para o município, essa responsabilidade histórica, por ter deixado um campo de concentração lá”* (Profissional 2). O início dos anos 2000 anunciava um novo direcionamento na Coordenação Estadual de Saúde Mental, que tinha o interesse na implantação de uma política pública de saúde mental de desinstitucionalização, com credenciamento de leitos psiquiátricos e implantação de CAPS. *“E a gente sabia que Barra do Piraí tinha isso, tinha paciente espalhado para tudo quanto é lado, inclusive pacientes nisso, mesmo que não tivesse nascido em Barra do Piraí, o próprio estado pressionava que Barra do Piraí tinha que dar uma resposta para esses casos. Mas era a história, a gente estava ali, montando um CAPS, com toda a dificuldade, cheios ainda de coisa para dar conta”* (Profissional 1).

Em julho de 2001 a equipe do PSM construiu o “Projeto de Implantação de Residências Terapêuticas no Município de Barra do Piraí”, uma resposta ao desafio de buscar egressos do HEVA e munícipes de Barra do Piraí que se encontravam em internações de longa permanência na Casa de Saúde Doutor Eiras (Paracambi/RJ)⁸² ou outras clínicas da região, uma importante estratégia para a desinstitucionalização. O projeto destacava que a longa permanência no manicômio e o grande número de reinternações dificultavam o retorno dos pacientes ao meio familiar, como também o resgate de seus vínculos familiares. A equipe

⁸² A identificação e seleção da clientela seria feita com base no Censo realizado na Casa de Saúde Dr. Eiras, em novembro e dezembro de 2000, pela Secretaria Estadual de Saúde. A partir dos indicativos do Censo, a equipe de Barra do Piraí faria visitas ao hospital para conhecer e estabelecer um primeiro contato com os pacientes indicados, para posteriormente trazê-los de licença médica, num processo de preparação para alta, construindo projetos individuais para cada um deles.

realizou visitas nas clínicas da região e observou que cerca de dois terços dos munícipes barrenses internados não apresentavam condição clínica que justificasse sua permanência numa internação psiquiátrica e simplesmente permaneciam no hospital por não ter para onde ir devido à ausência ou fragilidade dos seus laços familiares e sociais. Logo, essas pessoas precisavam de assistência, mas não no ambiente hospitalar, ou seja, elas precisavam da reabilitação psicossocial, através de um CAPS e um SRT. Assim, o objetivo do projeto era a implantação de oito módulos de Residências Terapêuticas, nos moldes da Portaria nº 106/2000 do Ministério da Saúde, destinadas a pessoas com histórico de internação de longa permanência, principalmente as que tiveram passagem pelo HEVA e que agora se encontravam no hospital de Paracambi ou em outras clínicas conveniadas da região.

Especificamente, pensava-se em redirecionar os gastos com assistência hospitalar para a saúde mental do município, implementar uma rede de suporte aos moradores do SRT, além de promover a ampliação da contratualidade social deles. Esperava-se que fosse possível reduzir o número de pessoas internadas por longos períodos em hospitais psiquiátricos e evitar novas internações, pois a rede de saúde mental estaria fortalecida e integrada aos equipamentos sociais do município. A proposta de trabalho era atender 48 pacientes, que teriam o valor de AIH destinado para o financiamento dos alugueis e recursos necessários ao SRT, ficando a encargo da Secretaria Municipal de Saúde a contratação de uma equipe de cuidadores para trabalharem no cotidiano da casa e de profissionais de nível médio e superior para supervisionar o trabalho muito específico de uma Residência Terapêutica. Pensava-se em iniciar o projeto com a implantação de quatro casas, em que cada uma acolheria até seis moradores.

Entretanto, a implantação de Residências Terapêuticas não chegou a acontecer no município tal como foi esperado. *“Porque, na verdade, se você pensar que nesses dispositivos todos, CAPS, ambulatório, CAPSi, leito, o mais assustador eu acho que é a Residência Terapêutica, pela intensividade do cuidado. Não é um serviço que fecha, num horário, e todo mundo vai embora, acabou. (...) é diferente, porque ali é um local de moradia, as pessoas não vão embora para casa, ali é a casa das pessoas, e dentro daquela casa pode acontecer de tudo, como pode acontecer, inclusive, de virar um hospício, um mini manicômio. (...) As coisas estão ali, pipocando, 24 horas por dia, a semana inteira, o ano inteiro, e você tem que estar ali, a equipe, né, ou o profissional responsável, tem que estar ali, envolvido o tempo todo. Então, eu acho que é assustador para as equipes de saúde mental e é meio estranho para uma Secretaria Municipal de Saúde, entendeu, por conta da manutenção disso, né, de recurso para isso, enfim, os secretários, os coordenadores entenderem a história das residências”* (Profissional 1). A

equipe do PSM deu o primeiro passo para a construção de um SRT, relatado anteriormente na história de Azaleia e Margarida. Mas a gestão do município não deu a continuidade necessária para que o serviço fosse efetivamente implantado.

Em junho de 2008 a equipe do Programa de Saúde Mental constrói um novo “Projeto para Implantação dos Dispositivos Residenciais Terapêuticos do Programa de Saúde Mental de Barra do Piraí/RJ”, pensando novamente na implantação de quatro Residências Terapêuticas que comportassem cada uma delas no máximo oito moradores. As RT seriam destinadas para pessoas internadas em longa permanência em instituições psiquiátricas e sem possibilidade de retorno para suas famílias, devido a perda dos vínculos familiares e sociais, e teriam como objetivo fortalecer o processo de reabilitação psicossocial de seus moradores através da oferta de moradia digna e da construção de uma nova rede social. Novamente, a proposta era acolher munícipes de Barra do Piraí que estivessem internados em clínicas psiquiátricas conveniadas da região, principalmente os pacientes internados na Casa de Saúde Dr. Eiras (Paracambi/RJ) oriundos do HEVA que não tivessem informação sobre familiares, município de origem. O projeto destacou também a necessidade de acolher os pacientes munícipes barrensenses internados na Clínica Engenheiro Paulo de Frontin, que estivessem sem vínculos familiares ou sociais.

Foi pensado em iniciar o projeto com a implantação de duas casas, uma com público feminino e outra com o masculino. E por recursos humanos para efetivação da proposta, foi pensado na contratação de uma equipe específica para cada casa e de um profissional com graduação (de preferência com experiência em saúde mental) para a coordenação de todo o SRT. Como fonte de financiamento seria utilizado o repasse único da verba de incentivo financeiro pelo Ministério da Saúde no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais) por casa, de acordo com a Portaria nº 246/2005 do Ministério da Saúde, além da realocação do valor das AIHs pagas por cada paciente aos leitos psiquiátricos (média de R\$ 700,00 por morador). A equipe do PSM já estava realizando visitas à Casa de Saúde Dr. Eiras, à Clínica Engenheiro Paulo de Frontin e outras clínicas da região, visando levantar informações e construir vínculos com os futuros moradores do SRT.

Novamente, o projeto de SRT não chegou a ser efetivado tal como foi proposto. “... antes de fechar o Dr. Eiras a gente estava fazendo uma avaliação dos pacientes que estavam internados que eram oriundos de Barra do Piraí que era para residir nessa residência terapêutica naquele tempo. Já há bastante tempo, 2006... por aí... então esses pacientes dessa época da avaliação, era para residir na residência terapêutica. (...) ... porque a gente correu atrás das casas, já tinha quatro casas praticamente alugadas já para esses moradores dessa

residência. Na época a secretária já tinha comprado todos os móveis dessa residência, já estava tudo comprado, e não saiu a residência terapêutica. (...) Não rolou. Não sei se foi política, mas já estava tudo engatilhado” (Profissional 3). A Secretaria Municipal de Saúde acabou aproveitando o material adquirido em outros serviços e, novamente, não foi implantado as RTs, tendo que devolver o recurso financeiro recebido. Barra do Piraí só foi implantar SRT em 2014, após o Censo da CLIVAPA de Quatis/RJ, destinando-se como moradia para egressos de internação desta clínica, que não chegaram a passar pelo HEVA. Nessa ação também foram encontradas dificuldades no sentido de constituir uma equipe específica para um SRT e estar dentro das normativas exigidas para habilitação, sendo necessário sua manutenção com recursos exclusivamente municipais até a oficialização do serviço, ocorrida em 2016.

Outro importante avanço consta no ‘Plano Plurianual Municipal de Saúde Mental (2003-2007) e ocorreu em 1999, quando houve um projeto de reestruturação do programa, no qual as oficinas terapêuticas começaram acontecer ainda no ambulatório, trazendo uma nova modalidade de atendimento e transformando o espaço de atendimento para além de um ambulatório de consultas. Em 2001, duas profissionais da equipe realizaram um curso de capacitação pelo IPUB em parceria com a GSM/SES⁸³ e montaram a proposta de reestruturar as oficinas terapêuticas que aconteciam no CAPS. O ‘Projeto de Reestruturação das Oficinas Terapêuticas do CAPS Nossa Casa’ propunha um trabalho em conjunto entre técnicos e oficinairos voluntários para: tornar o espaço das oficinas um local de transformações notáveis, não se resumindo à convivência; viabilizar a inserção de uma Terapeuta Ocupacional na equipe; propor a reavaliação dos projetos terapêuticos dos usuários inseridos nas oficinas; manter a constante reavaliação da atuação profissional e qualidade do serviço.

O projeto citado relatava que no ano de 2000 o CAPS recebeu novos profissionais e passou a ter 05 psicólogos, 03 psiquiatras, 01 médica clínica com especialização em psicossomática, 03 auxiliares de enfermagem, além dos profissionais voluntários. Aconteciam duas oficinas de culinária, uma oficina de música e uma oficina de pintura. E desde a construção das oficinas, não havia verba pública para este trabalho, o investimento vinha dos voluntários, profissionais e usuários, ou pelo retorno da venda do que era produzido. No mesmo ano, algumas usuárias tomaram por iniciativa montar um grupo que nomearam de “Fazemos Artes”, em que elas se encontravam no espaço do CAPS para troca de experiências e realização de trabalhos manuais, sem a participação de um profissional técnico. Em 2001 foi feito novos

⁸³ Gerência de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, que deve oferecer apoio de gestão aos municípios.

contratos com voluntários e foram incluídas as oficinas de cestaria com jornal, cerâmica e expressão corporal. E uma profissional técnica da equipe montou uma oficina para produção e elaboração de um jornal semanal de circulação interna, que foi nomeado de ‘Estação Pira aí’, onde se escreviam sobre assuntos diversos e o cotidiano do CAPS. Outra oficina realizada por iniciativa dos usuários foi o Bazar do CAPS, em que eram vendidas roupas doadas pela própria comunidade para reverter o dinheiro para as necessidades deles mesmos.

Esse projeto apontou alguns impasses do trabalho, como a instabilidade do vínculo do voluntariado, visto que logo que o profissional encontrava outras necessidades, ou trabalho, ele se desligava do serviço, gerando uma certa instabilidade também nas oficinas que eram realizadas. Foi mesmo um desafio estruturar um serviço contando com o trabalho voluntário. Outra dificuldade apontada é que mesmo havendo o interesse da equipe em realizar reuniões semanais com os voluntários e capacitá-los com o tema da saúde mental, na prática era difícil reunir todos, além do fato de não haver um compromisso esperado com o serviço. Dessa forma, o que acabava acontecendo é que a clientela de psicóticos mais graves ficava de fora do espaço das oficinas terapêuticas, o que a equipe esperava superar com a entrada da Terapeuta Ocupacional.

Entretanto, no início da implantação do CAPS foi positivo a participação de equipe voluntária para a realização de oficinas terapêuticas. Isso porque este trabalho era um meio de aproximação do CAPS com a cidade, era uma experiência de um cidadão comum, sem formação em saúde mental, com a loucura. E foi positivo porque a comunidade começou a conhecer o trabalho do CAPS. *“Na hora que a gente chama voluntário para fazer oficinas lá, eram pessoas da comunidade, eram pessoas que eu conhecia, que conhecidas minhas conheciam, a médica conhecia. (...) Isso começou a dar uma mexida na cidade porque essas pessoas leigas e pessoas que moravam ali, pessoas que não tinham nada a ver com a doença mental, com a saúde mental, começaram a se interessar, chegar ali, ver lá a situação dos pacientes, a história, ouvir caso”* (Profissional 1). Foi dessa maneira que o CAPS de Barra do Piraí se aproximou da rotina da cidade e a comunidade se apropriou do cotidiano do CAPS. Tal como apontado no item “CAPS, do que se trata?” do segundo capítulo, os CAPS surgem como resposta ao questionamento sobre ser ou não possível uma sociedade sem manicômios e instituem um novo modo de cuidar através da articulação com o território no qual estão inseridos. E a inserção do voluntariado no serviço foi pensada, inicialmente, como uma ferramenta de articulação com o território.

Os usuários, como também seus familiares, se envolviam com as propostas levantadas pela equipe técnica e equipe de voluntários: *“Porém, a adesão dos familiares e usuários é que servia muito como um apoio e continuidade dos CAPS, porque os usuários e os familiares aderiam ao serviço, passaram a defender o serviço e os serviços faziam muitas atividades, não só de Barra do Piraí não. Os CAPS no interior, em cidades do interior, como Barra do Piraí, eles asseguraram também sua legitimidade, sua representatividade com a população fazendo muitas atividades que dava visibilidade ao serviço. Atividades culturais, passeios, presença na cidade. E Barra do Piraí teve isso, certamente. Eu sei que não foi uma manutenção, assim, não foi uma continuidade muito fácil, eu sei que era assim, sob uma certa tensão, de falta de apoio da gestão, ausência de profissionais, mas ele foi se segurando ao longo do tempo, que eu me lembro, né”* (Gestor 1). Barra do Piraí chegou a ter uma associação de usuários e familiares que recebeu o nome de Barra CAPS, que era presente no Conselho Municipal de Saúde e realizava reivindicações de melhorias para o atendimento do CAPS.

Retomando os documentos encontrados no CAPS Nossa Casa, encontramos que o ‘Plano Municipal de Saúde (2001-2004) apontou que o atendimento das emergências de saúde mental acontecia na Santa Casa e que havia dois leitos de psiquiatria implantados no Hospital da Cruz Vermelha, mas o hospital tinha o interesse em descredenciá-los. Sempre houve resistência muito grande por parte do hospital para a manutenção do leito de saúde mental, porque a ideia manicomial de assistência psiquiátrica ainda era forte no município, de modo que se tornava incompreensível a possibilidade de acolher a crise fora dos muros de um manicômio. Apesar de ter sido feito a proposta de um treinamento da equipe do Hospital da Cruz Vermelha, poucos profissionais se interessaram em participar, pois implicava em comparecer no hospital fora do horário do “plantão”. E em algum momento do percurso o Programa de Saúde Mental perdeu os leitos porque o hospital passou a recusar a receber os pacientes. Um dos profissionais entrevistados relatou que primeiramente colocaram que seria necessário a realização de uma obra para que houvesse uma enfermaria específica para os leitos, mas que essa obra nunca foi realizada e o hospital não retomou seu trabalho com o leito que tinha. Os hospitais da cidade foram resistentes em assistir as demandas de saúde mental e seria necessário um maior investimento da equipe e da gestão em romper com isso.

Outro ponto de impasse que aparece nas entrevistas foi a rotatividade de profissionais tanto na gestão como na equipe. Aconteceu por diversas vezes a troca de Secretário Municipal de Saúde, que emperrava o trabalho realizado com o anterior e impunha a necessidade de começar do zero todo o processo de produzir uma narrativa de convencimento dos gestores, a

partir de ferramentas e normativas técnicas, de modo a construir um processo micropolítico de trabalho e gestão. “... *infelizmente eu acho que a questão política atravessa muito qualquer serviço como esse, qualquer reforma como essa. Então, quando a gente falou a mudança de secretário, era isso, era um desgaste muito grande e toda vez que mudava de secretário tinha que convencer de novo o secretário, explicar tudo, normalmente não são pessoas da área de saúde mental e isso não apenas em nível municipal, mas a nível estadual, também*” (Profissional 1). Infelizmente a rotatividade de pessoas envolvidas com o trabalho afetou diretamente na continuidade das ações planejadas.

Em relação às equipes, o que acontecia era que, mesmo se tratando de profissionais concursados, havia muita mudança nas equipes e, com isso, toda formação, todo treinamento e todo vínculo de trabalho ia se desmantelando, até porque muitas vezes a equipe que ficava era reduzida e se sobrecarregava. “*Dificuldade maior nossa é a parte política do nosso município, pois se não é a política o CAPS já era para estar CAPS III, CAPS AD já em funcionamento há muito tempo, lá atrás, o CAPS infantil que já era para estar há muito tempo lá atrás... então a dificuldade nossa maior é o gestor, parte da secretaria de saúde, a prefeitura, que se não fosse essa parte, como eu estou falando, lá atrás já era para ter quatro ou cinco RTs formadas. Então, quer dizer, a parte política aqui do nosso município é muito difícil de lidar. Não adianta a gente ter uma boa direção na nossa unidade de CAPS, a gente ter um bom diretor, uma boa equipe, mas chega lá em cima e a gente não consegue*” (Profissional 3).

Um dos profissionais entrevistados colocou que houve um gestor que cogitou fechar o CAPS, pois estava tendo muitas despesas com aluguéis e que foi preciso um esforço muito grande da equipe para reverter isso. Além disso, no Governo Federal já se vivia momentos favoráveis à Reforma Psiquiátrica e ao financiamento público de serviços de saúde mental. O CAPS de Barra do Piraí foi se mantendo com os recursos de CAPS I, que servia para sustentar sua pequena rede local, que consistia num ambulatório e num CAPS. Devido a falta de leitos de saúde mental nos hospitais do município não foi possível zerar totalmente as internações psiquiátricas. Teve momentos que a equipe conseguiu se fazer mais presente no Polo de Emergência e evitar internações desnecessárias, mas também teve momentos que a equipe esteve tão escassa que não conseguiu estar mais no território, para fora do espaço circunscrito do CAPS. Sempre cambaleando entre altos e baixos, em alguns governos foi possível uma aproximação maior, já em outros garantir o mínimo para o funcionamento era uma luta.

“*Eu acho que a criatividade no sentido de fazer adaptações para montar a rede local é extremamente importante e funcionar sabendo que não vai ter todas as condições para*

montar equipes ideais. Mas, uma mensagem que eu considero importante é a força da constituição de uma rede territorial em municípios de pequeno porte, porque depois que se implanta, fica” (Gestor 1). Portanto, Barra do Piraí conseguiu montar o seu CAPS porque não ficou presa às condições oferecidas pela secretaria de saúde do município, porém, ao mesmo tempo, foi árduo o trabalho de manter o CAPS funcionando, apesar de nem sempre haver condições favoráveis para isso. E o mais importante disso tudo foi o investimento realizado por toda equipe nos processos de trabalho, tendo como centralidade o cuidado do usuário. *“Pra que a gente gere? Para produzir cuidado. Não é para produzir fluxo normativo. A normativa, o fluxo precisa ser uma estratégia, você precisa inverter um pouco essa lógica. Porque se você consegue não perder essa lógica da centralidade no cuidado, você vai conseguir produzir redes muito mais quentes do que frias, muito menos burocráticas, saídas quando a gente tem baixa governabilidade política”* (Gestor 2). E, assim, o CAPS de Barra do Piraí foi seguindo com o trabalho. A equipe não é mais a mesma, as condições políticas nem sempre favoráveis. Contudo, o CAPS resiste.

A experiência de Barra do Piraí é importante não só para atual equipe, como também para outros municípios refletirem sobre as possibilidades de construção de serviços e rede de serviços em saúde mental. Demonstra que é insuficiente permanecer apenas com um ambulatório tradicional, com atendimento psiquiátrico e psicológico, visto que este não é capaz de abarcar as demandas mais graves e os casos mais complexos, superlotando-se de atendimentos, devido à oferta, mas, ao mesmo tempo, gerando uma longa fila de espera. Assim, vimos o quanto é importante ampliar os recursos terapêuticos, incluir atividades coletivas e territoriais, pois essas são capazes de dar uma dinâmica na rede de serviços. Nesta pesquisa mesmo foi destacado o quanto o trabalho avançou a partir da articulação que a equipe fez com o Polo de Emergência, indo avaliar os casos, de maneira interdisciplinar, não deixando a responsabilidade apenas entre médicos. O CAPS e sua equipe precisam ofertar a atenção à crise aos seus usuários, de modo que a internação psiquiátrica seja a última e pontual possibilidade. E, para isso, é importante que ele seja o regulador da porta de entrada das internações, como também esteja em articulação com demais serviços de saúde, principalmente a atenção primária. Dessa forma, é de suma relevância a capacitação de todos os profissionais da rede, além da instrumentalização da gestão de modo a operacionalizar um melhor fluxo entre os serviços.

Foi significativo para Barra do Piraí poder contar com o apoio e atuação ativa da Gerência Estadual de Saúde Mental, de modo a estimular e fortalecer as equipes no investimento para a organização e estruturação de serviços, tarefa nada fácil, que exige

constante negociação com a gestão e outros serviços da rede para construção de parcerias de trabalho. Com a gestão municipal é importante apontar sobre os recursos financeiros que podem ser captados pelo município, de modo a oferecer condições de estruturar serviços que possam atender melhor às demandas da população e aos critérios das políticas públicas de saúde. E foi esta estratégia lançada por Barra do Piraí que, mesmo com algumas dificuldades, possibilitou a implantação de um CAPS, um dos primeiros de sua região de saúde. Não menos importante é a assessoria técnica através da parceria com as universidades, como também a supervisão clínico-institucional dos serviços. São ferramentas que foram muito exploradas pelos serviços de saúde mental, mas que vêm sendo cada vez menos valorizadas pelos gestores, por motivos diversos. Entretanto, são ferramentas que possibilitam instrumentalizar o trabalho, enfrentar os impasses e desburocratizar os serviços, valorizando a clínica, as linhas de cuidado. Talvez se Barra do Piraí não tivesse tido a oportunidade de receber Domingos Sávio e outros supervisores, tivesse encontrado muito mais dificuldades em seu caminho.

5. PARA CONCLUIR: SAÚDE NÃO SE VENDE, LOUCURA NÃO SE PRENDE:

O título desta conclusão traz um dos lemas da Luta Antimanicomial Brasileira, que vem desde o final da década de 1970 demarcando a necessidade de dismantelar o manicômio e construir novas práticas e abordagens de cuidado em saúde mental. As pessoas em sofrimento psíquico são, ainda hoje, objeto de tratamentos manicomiais, apesar do Brasil ter implantado diversos serviços substitutivos ao longo do país. Entretanto, o avanço das neurociências, juntamente com a indústria farmacêutica, tendem cada vez mais a desqualificar as práticas da atenção psicossocial e supervalorizar o papel das medicações no tratamento de saúde mental, além de trazer de volta práticas que já haviam sido abolidas pela Reforma Psiquiátrica, como a internação compulsória das pessoas consideradas “loucas” e dos usuários de álcool e drogas, como também a eletroconvulsoterapia (popularmente, eletrochoque), muitas vezes associada à tortura. Assim, a privatização da loucura – tratada no segundo capítulo, quando abordamos a construção das políticas públicas de Saúde Mental - entra novamente em xeque. A Reforma Psiquiátrica, movida por gestores, trabalhadores, usuários e familiares ao longo desses anos vem lutando pelo fechamento de hospitais psiquiátricos, apostando em modelos de base comunitária e territorial de cuidado, como os CAPS em suas diversas modalidades, as ESFs e demais pontos de atenção da RAPS. No entanto, desde o golpe sofrido pela Presidenta Dilma no final de 2015, o governo tem dado espaço à Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) no direcionamento das políticas públicas de Saúde Mental, passando por cima do trabalho construído ao longo de quatro décadas de luta por uma atenção psicossocial não centrada apenas em cuidados médicos-curativos. Além disso, a ABP está mais ocupada em fortalecer a indústria farmacêutica e as neurociências, valorizando o hospital psiquiátrico, do que em construir uma política pública que vise o bem-estar da população brasileira e o cuidado das pessoas em sofrimento psíquico.

Como vimos no segundo capítulo, a saúde é uma política pública de relevância social e está relacionada à função do Estado de oferecer bem-estar social à população, numa perspectiva de garantia de direito e cidadania. Com isso, as políticas públicas de Saúde Mental também precisam estar afinadas com as normativas do SUS e da Constituição Federal de 1988, de modo a atender as demandas de saúde da população e não estar refém da lógica consumista do mercado farmacêutico. Desse modo, o CAPS precisa se fazer presente no território, articular suas ações com os demais serviços da rede e ter representação nos espaços de controle social, rompendo com toda lógica manicomial que se levanta para destituí-lo de sua função. Ou seja,

a função do CAPS precisa ser compreendida por cada um que faz parte do engendramento do seu funcionamento: gestores, profissionais, usuários, familiares, setores da rede e a sociedade.

Sendo assim, é de suma importância que os profissionais de saúde mental tornem público suas práticas de trabalho, tanto para gestores, como para própria população, além de investir em trabalhos e pesquisas acadêmicas. É necessário falar sobre o caos que uma assistência psiquiátrica manicomial é capaz de produzir e contrapor a importância da implantação de serviços substitutivos ao manicômio, incluindo os resultados obtidos na qualidade de vida da população brasileira. Torna-se, assim, importante rever a trajetória da construção da Saúde Mental como política pública, por meio do movimento de Reforma Psiquiátrica ocorrido no Brasil, que teve como principal foco o desmonte dos manicômios e a construção do paradigma da atenção psicossocial de cuidado.

Deste modo, esta pesquisa colheu histórias sobre o Hospital Colônia de Vargem Alegre, destacando a importância da desconstrução do manicômio e da sua substituição pelo CAPS, um serviço que pôde produzir efeitos na vida de diversas pessoas que, até então, passavam por um ciclo contínuo de internações. Tornar pública a experiência de Barra do Piraí, valorizando os esforços que foram realizados para que a Reforma Psiquiátrica efetivamente acontecesse naquele local, é fortalecer a luta por uma sociedade mais justa, igualitária, onde a loucura é tratada em sua relação com a sociedade, sem perda das perspectivas de direito e cidadania. Isso é comprovar que a implantação de CAPS pelo país foi uma experiência eficaz e que precisa ser mantida, aprimorada e valorizada. Além disso, é corroborar que qualquer tentativa de recuperar o manicômio – recorrendo a melhorias e reformas – não lhe tirará suas características de instituição total, que destitui o sujeito de sua posição, tornando-o mero objeto da intervenção médica.

Tendo como objeto de estudo o HEVA e o CAPS I Nossa Casa, ambos de Barra do Piraí, partiu-se da questão de saber como ocorreu a Reforma Psiquiátrica neste município, destacando as especificidades do território, porém articulando com as questões macropolíticas da Saúde Mental. Ao pesquisar sobre o HEVA foi possível encontrar um vasto material que trazia informações minuciosas sobre o funcionamento da instituição e sua lógica manicomial e, assim, algo que era apenas parte da pesquisa tornou-se mais um de seus objetos de estudo. Dessa maneira, esse tema recebeu um capítulo à parte. E, a partir dos dados documentais e do relato dos profissionais, foi possível visualizar o quanto o HEVA serviu para atender as propostas de higienização da capital do Estado e outras cidades brasileiras. Dessa forma, a demanda por novas internações não se encerrava e o hospital estava constantemente superlotado, deixando

os pacientes internados em condições desumanas e insalubres. Diante disso, a nossa proposta não pode ser a de humanizar o hospital psiquiátrico, pois nele não existe possibilidade terapêutica que considere a interdisciplinaridade das ciências e a complexidade do ser humano. No hospital psiquiátrico a lógica manicomial sempre irá se repetir, mesmo que em outra roupagem, encontrando novas maneiras de docilizar os corpos e demarcar a invisibilidade social do “doente mental”.

Um importante ponto é que o fechamento do HEVA traz à tona o debate sobre a diferença entre a desospitalização (ou transinstitucionalização) da proposta da desinstitucionalização. A desinstitucionalização não se restringe ao usuário que estava internado, mais inclui as práticas de cuidado que serão investidas nele e este permanece sendo um desafio em Barra do Piraí, tanto para que a sociedade reconheça um lugar social para as pessoas com transtorno mental, quanto para que o município retire pacientes internados do hospital psiquiátrico que ainda permanece na região e não utilize mais este local como recurso de tratamento. Outro ponto de destaque é que o fechamento do HEVA deixou com a equipe de Barra do Piraí uma responsabilidade clínica e política com os usuários que foram transinstitucionalizados para as clínicas conveniadas da região, de modo que esta sentia-se incumbida de realizar a busca ativa dessas pessoas e construir um processo de desinstitucionalização que pudesse realmente promover a reabilitação psicossocial dos mesmo e inseri-los no território. Contudo, a pesquisa demonstrou, também, os diversos impasses que foram de encontro à realização desta proposta, visto que não foi possível sustentar a implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos a tempo da realização deste trabalho, tampouco manter o leito de saúde mental conquistado para evitar novas internações de longa permanência.

Esta dissertação descreveu que antes da implantação do CAPS a assistência psiquiátrica de Barra do Piraí se restringiu, ao longo de muitos anos, à internação psiquiátrica, tanto no HEVA, quanto nas clínicas particulares/conveniadas que cercavam a cidade. Além disso, utilizou o exemplo do HEVA para destacar a que serve o manicômio: não para a reabilitação psicossocial, terapêutica ou melhoria da qualidade de vidas das pessoas com transtornos mentais, mas para afastá-las da vida na cidade, Mesmo que essa intenção não seja explícita no ato de internar alguém no hospital psiquiátrico é este o efeito que toda internação manicomial produz. A pesquisa também destaca que era necessário fechar o HEVA, que estava fora das condições mínimas de funcionamento. Contudo, não da maneira como foi feito. Nem mesmo no ato de fechamento deste manicômio os pacientes internados foram tratados como

sujeito. Isso demonstra o quanto a Reforma Psiquiátrica é necessária para o planejamento e execução das políticas públicas de saúde mental e que a Luta Antimanicomial Brasileira precisa permanecer atuante para que histórias como essa não venham a se repetir.

Por meio deste trabalho foi realizado uma narrativa sobre como ocorreu a implantação do CAPS em Barra do Piraí, um importante momento do processo de Reforma Psiquiátrica desta cidade, efeito do investimento dos trabalhadores. E foi demonstrado que o movimento de Reforma Psiquiátrica ocorrido no Brasil produziu importantes efeitos na construção de uma política de saúde mental local, uma vez que os profissionais protagonistas da implantação de serviços de saúde mental do município receberam suporte de importantes atores da Reforma Psiquiátrica, tanto através de serviços de gestão, pela gerência do Estado do Rio de Janeiro, como por supervisão técnica e capacitação dos profissionais através de parcerias com o Instituto Franco Basaglia e o IPUB/UFRJ. Com isso, vimos que quando as condições políticas estão favoráveis e é oferecido suporte técnico aos profissionais torna-se possível que estes se impliquem com a construção de um serviço tão complexo como o CAPS, traçando linhas de cuidado para os casos, articulando os diversos setores da rede e até mesmo superando os entraves que surgem no trabalho. Além disso, não se deve esquecer que o momento germinativo da Reforma Psiquiátrica possibilitou a articulação e a discussão da política de saúde mental por todo país, como também a divulgação de experiências exitosas que inspiravam para que novas práticas pudessem acontecer. Os trabalhadores do PSM de Barra do Piraí foram afetados por este debate e se envolveram na implementação da política de Saúde Mental num município pequeno, conservador, que sediou por longas décadas um grande hospital psiquiátrico.

Respondendo às questões iniciais desta pesquisa, podemos dizer que há uma relação entre o fechamento do HEVA e a implantação do CAPS de Barra do Piraí, não por uma perspectiva de planejamento e gestão macropolítica, mas sim pelo desejo que os primeiros profissionais de saúde mental do município estavam em desconstruir a lógica manicomial das práticas de saúde locais. E, com isso, a equipe foi construindo linhas de cuidado que pudessem romper com os infinitos ciclos de internação psiquiátrica e fortalecer a potência do CAPS como local de tratamento para pessoas com transtornos mentais. Contudo, esbarrou-se na dificuldade de ampliar as ações de cuidado para uma rede de serviços, justamente pela fragilidade dessa rede local e pouco investimento da gestão para que o município fortalecesse suas ações de saúde. A responsabilização do cuidado exige uma estrutura de equipe, serviços e práticas que nem sempre foram potentes no município, o que afeta diretamente na desconstrução do imaginário social estigmatizante sobre a loucura.

Assim, Barra do Piraí, ao longo de todos estes anos, manteve uma lógica hospitalocêntrica de cuidado e um forte afinco à prática da internação psiquiátrica na atenção à crise, apesar de, ainda assim, conseguir sustentar um CAPS que em muitos casos alcançou a substituição da internação manicomial por novas linhas de cuidado. E maiores avanços não foram alcançados por questões tanto locais, como a fragilidade da gestão de saúde do município, que pouco se apropriou da política de saúde mental, como também por questões macropolíticas de um país que ainda serve à política neoliberal que constantemente ameaça as conquistas da Reforma Psiquiátrica e das políticas públicas construídas democraticamente por herança de importantes movimentos sociais.

Permanece, assim, o desafio...

(...)

Segue, em anexo, os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido utilizados nas entrevistas semiestruturadas. E, também, o Projeto Técnico Institucional do CAPS Nossa Casa do período em que este projeto de pesquisa foi elaborado, de modo que o leitor possa saber melhor como o CAPS estava alguns anos depois e, ainda, para que este documento não se perca, visto que não foi fácil encontrar os que foram utilizados nesta pesquisa.

REFERÊNCIAS:

- AMARANTE, P. D. de C. **Psiquiatria social e colônias de alienados no Brasil (1830-1920)**. Rio de Janeiro: Dissertação de Mestrado, Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1982. 129 p.
- AMARANTE, Paulo. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica, pp. 45-65. In: AMARANTE, Paulo (coord.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Ed. Nau, Engenheiro Paulo de Frontin, 2003. Disponível: <http://www.scielo.org/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S1413-8123200500010002600002&lng=en&pid=S1413-81232005000100026> Acesso em: 21/10/2015.
- AMARANTE, Paulo; COSTA, Ana Maria. **Diversidade Cultural e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2012. 67 p.
- AMARANTE, Paulo. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: _____ (ORG.) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. 5ª Reimpressão, 2014. 202 p.
- AMARANTE, Paulo; CRUZ, Leandra Brasil da Cruz (Org.). **Saúde Mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro: Laps, 2015a. 100 p.
- AMARANTE, Paulo. (Coord.) **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995 – 2015b. 136 p.
- AMARANTE, P. D. de C. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2016. 142 p.
- AMARANTE, Paulo. **Lugares da memória: causos, contos e crônicas sobre loucos e loucuras**. São Paulo: Zagodoni, 2017. 128 p.
- ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil**. Geração Editorial. São Paulo, 2013. 255 p.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2007. 246 p.
- BORGES, Camila Furlanetti; DE FARIA BAPTISTA, Tatiana Vargas. **O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004**. Cad. Saúde Pública, v. 24, n. 2, p. 456-468, 2008.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DAPE. COORDENAÇÃO GERAL DE SAÚDE MENTAL. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**: Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Memória da Loucura**: apostila de monitoria. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 88 p.
- BUTTI, Giovanna. Formação e desinstitucionalização em saúde mental. In: AMARANTE, P. (ORG.) **Saúde mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro: Laps, 2015. 100p.

CAPONI, Sandra. **Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014. 210 p.

CARDOSO DE SOUZA, Andrêa; DE FREITAS GULJOR, Ana Paula; LIMA DA SILVA, Jorge Luiz . **Refletindo sobre os centros de atenção psicossocial**. *Avances en Enfermeria*, v. 32, p. 292-298, 2014. Disponível em <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002014000200013&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 02/04/2016.

CHIZZOTTI, Antônio. Parte II: pesquisa qualitativa. In: CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. São Paulo: Cortês Editora, 1998.

COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. Rio de Janeiro: Campus, 1980. 104 p.

DELGADO, Pedro. G. G. **Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001**. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, vol. 63, n. 2. UFRJ. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=229019298010> Acesso em: 19/10/2015

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho; GOMES, Maria Paula Cerqueira and COUTINHO, Evandro da Silva Freire. **Novos rumos nas políticas públicas de saúde mental no Brasil**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2001, vol.17, n.3, pp. 452-453. ISSN 1678-4464. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2001000300001> Acesso em: 14/07/2015

DIMENSTEIN, M.; LIBERATO, M.T. **Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede**. *Cad. Bras. Saude Mental*, v.1, n.1, p.1-10, 2009. Disponível em: <http://stat.intraducoes.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/1016/1142> Acesso em: 20/10/2015.

FACCHINETTI, Cristiana; CUPELLO, Priscila; EVANGELISTA, Danielle Ferreira. **Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Ciências Afins: uma fonte com muita história**. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, 2010. v. 17, supl. 2, p. 527-535. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702010000600015>. Acesso em 01 de abril de 2018. 9 p.

FLEURY, Sônia; OUVENEY, Assis M. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de V. C. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. 1100 P.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 2014.551 p.

FRAYZE-PEREIRA, João. **O que é loucura**. São Paulo: Brasiliense, 2008. 111 p.

GALDÊNCIO, Adriana M. S. B. **Da Colônia Agrícola de Alienados de Vargem Alegre ao Programa de Saúde Mental: a trajetória da assistência psiquiátrica no município de Barra do Piraí**. Monografia. (especialização em Saúde Mental Infante-juvenil). Rio de Janeiro: PUC, 1999. 64 p.

LANCETTI, Antônio. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2014. 127 p.

LEAL, Erotildes Maria; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Clínica e Cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: PINHEIRO, Rosenir; GULJOR, Ana Paula; JUNIOR, Aluísio Gomes da Silva; DE MATTOS, Rubens Araújo. (Org.) **Desinstitucionalização da Saúde Mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro : CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. **Políticas sociais e de saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012. 73 p. 264 p.

MACHADO, Felipe R. de S.; FONSECA, Angélica F.; BORGES, Camila F. O Sistema Único de Saúde e as Políticas de Saúde no Brasil. In: JORGE, M. A. S. (ORG.) **Políticas e cuidado em Saúde Mental: contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014. 296 p.

MARTINS, Gilberto de Andrade. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas**. São Paulo: Atlas, 2009.

MENDES, Eugênio V. **As redes de atenção à saúde**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2010, vol.15, n.5, pp. 2297-2305. ISSN 1678-4561. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>. Acesso em: 21/10/2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (ORG.) **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994. 79 p.

OLIVEIRA, Flávia M. **Territórios da vida – Um recurso para a transformação das relações entre a sociedade e a loucura**. Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2004.

PITTA, Ana Maria Fernandes. **Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, Dec. 2011.

PORTOCARRERO., Vera. **Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 152 p.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A. e COSTA, N. do R. (ORG.) **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Editora Vozes, 2000. 6ª edição. 288 p. P. 16 a 69.

REY, Philippe-Marius. **O Hospício de Pedro II e os alienados no Brasil (1875)**. Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 382-403, Junho 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142012000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 de janeiro de 2019.

RICHARDSON, Roberto Jarry (e colaboradores). **Pesquisa Social: Métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 2012. 334 p.

ROTELLI, Franco. Formação e construção de novas instituições em saúde mental. In: AMARANTE, Paulo; CRUZ, Leandra Brasil da (Org.). **Saúde Mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro: LAPS, 2015. 100 p.

ROTELLI, Franco. DE LEONARDIS, Ota. MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma outra via. In: ROTELLI, Franco. DE LEONARDIS, Ota. MAURI, Diana. RISIO, C. **Desinstitucionalização**. São Paulo: HUCITEC, 1990.115 p.

SILVA, Andressa Henning; FOSSÁ, Maria Ivete Trevisan. **Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para dados qualitativos**. Qualitas Revista Eletrônica [S.I.], v. 16, n. 1, 2015. Disponível em: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/quqlis/article/view/2113> Acesso em 06 de outubro de 2018.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. (ORG.) **Desafios Políticos da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. São Paulo: HUCITEC, 2010. 162 p.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Parte II – Manual operativo para pesquisas interdisciplinares e interparadigmáticas. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Complexidade e Pesquisa Interdisciplinar: Epistemologia e Metodologia Operativa**. Petrópolis: Vozes, 2002.

VENANCIO, Ana Teresa A. **Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX**. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro, 2011. v. 18, p. 35-52. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702011000500003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05/01/2019.

WEBER, Max. **A ética protestante e o “espírito” do capitalismo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2004. 335 p.

YASUI, S. CAPS: aprendendo a perguntar. In: LANCETTI, A. (Org.). **Coleção Saude Loucura**. São Paulo: HUCITEC, 1989. v.1. 119p.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros: Desafios da Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

FONTES PRIMÁRIAS:

BARRA DO PIRAÍ. **Projeto de Saúde Mental de Barra do Piraí**. Apresentado ao Senhor Secretário de Saúde de Barra do Piraí Dr. Willian Faviere, 1993.

BARRA DO PIRAÍ. **Projeto de Saúde Mental do Município de Barra do Piraí**. Apresentado ao Secretário de Saúde de Barra do Piraí, 29 de dezembro de 1997.

BARRA DO PIRAÍ. **Projeto de Reestruturação da Assistência em Saúde Mental no Município de Barra do Piraí**. Apresentado ao Secretário de Saúde de Barra do Piraí, 28 de outubro de 1999.

BARRA DO PIRAÍ. **Relatório Final da IV Conferência Municipal de Saúde de Barra do Piraí**. 1999.

BARRA DO PIRAÍ. **Plano Municipal de Saúde (2001-2004)**. Secretaria Municipal de Saúde e Bem-estar Social, 2001.

BARRA DO PIRAÍ. Projeto de Implantação de Residências Terapêuticas no Município de Barra do Piraí. Equipe do Programa de Saúde Mental. 30 de julho de 2001.

RIO DE JANEIRO (Estado). **Mensagem apresentada à Assembleia Legislativa em 01 de agosto de 1906, pelo Presidente do Estado Dr. Nilo Peçanha.** Rio de Janeiro, edição 00001. Acesso pela Hemeroteca Digital - bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/

RIO DE JANEIRO (Estado). **Mensagem enviada à Assembleia Legislativa em 15 de setembro de 1900, pelo Presidente do Estado Sr. Alberto de Seixas Martins Torres.** Rio de Janeiro, edição 00001. Acesso pela Hemeroteca Digital - bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/

RIO DE JANEIRO (Estado). **Mensagem apresentada à Assembleia Legislativa em 01 de agosto de 1906, pelo Presidente do Estado Dr. Nilo Peçanha.** Edição 00001. Acesso pela Hemeroteca Digital - bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/

RIO DE JANEIRO (Estado). **Relatório apresentado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores pelo Dr. Francisco Portella.** Rio de Janeiro, relativo ao ano de 1905, em 10 de abril de 1905. 1906, Edição 00003. Acesso pela Hemeroteca Digital - bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/

RIO DE JANEIRO (Estado). **Mensagem apresentada à Assembleia Legislativa em 01 de agosto de 1911, pelo Presidente do Estado Dr. Francisco Chaves de Oliveira Botelho.** 1911, edição 00001. Acesso pela Hemeroteca Digital - bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/

RIO DE JANEIRO (Estado). **Mensagem apresentada à Assembleia Legislativa em 01 de agosto de 1913, pelo Presidente do Estado Dr. Francisco Chaves de Oliveira Botelho.** 1913, edição 00001. Acesso pela Hemeroteca Digital - bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/

RIO DE JANEIRO (Estado). **Mensagem apresentada à Assembleia Legislativa em 01 de agosto de 1914, pelo Presidente do Estado Dr. Francisco Chaves de Oliveira Botelho.** 1914, edição 00001. Acesso pela Hemeroteca Digital - bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/

RIO DE JANEIRO (Estado). **Mensagem apresentada à Assembleia Legislativa em 01 de agosto de 1916, pelo Presidente do Estado Dr. Nilo Peçanha.** 1916, edição 00001. Acesso pela Hemeroteca Digital - bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/

RIO DE JANEIRO (Estado). **Mensagem apresentada à Assembleia Legislativa em 01 de agosto de 1917, pelo Presidente do Estado Dr. Agnello Geraque Collet.** 1917, edição 00001. Acesso pela Hemeroteca Digital - bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/

RIO DE JANEIRO (Estado). **Mensagem apresentada à Assembleia Legislativa em 01 de agosto de 1919, pelo Presidente do Estado Dr. Raul de Moraes Veiga.** 1919, edição 00005. Acesso pela Hemeroteca Digital - bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/

RIO DE JANEIRO (Estado). **Mensagem apresentada à Assembleia Legislativa em 01 de agosto de 1921, pelo Presidente do Estado Dr. Raul de Moraes Veiga.** 1921, edição 00001. Acesso pela Hemeroteca Digital - bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/

RIO DE JANEIRO (Estado). **Mensagem apresentada à Assembleia Legislativa em 01 de agosto de 1922, pelo Presidente do Estado Dr. Raul de Moraes Veiga.** 1922, edição 00002. Acesso pela Hemeroteca Digital - bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/

RIO DE JANEIRO (Estado). **Mensagem apresentada à Assembleia Legislativa em 01 de agosto de 1923, pelo Presidente do Estado Dr. Juvelino de Araujo Leal.** 1923, edição 00004. Acesso pela Hemeroteca Digital - bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/

RIO DE JANEIRO (Estado). **Mensagem apresentada à Assembleia Legislativa em 01 de agosto de 1924, pelo Presidente do Estado Feliciano Pires de Abreu Sodré.** 1924, edição 00001. Acesso pela Hemeroteca Digital - bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/

RIO DE JANEIRO (Estado). **Mensagem apresentada à Assembleia Legislativa em 01 de agosto de 1925, pelo Presidente do Estado Feliciano Pires de Abreu Sodré.** 1925, edição 00005. Acesso pela Hemeroteca Digital - bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/

RIO DE JANEIRO (Estado). **Mensagem apresentada à Assembleia Legislativa em 01 de agosto de 1926, pelo Presidente do Estado Feliciano Pires de Abreu Sodré.** 1926, edição 00001. Acesso pela Hemeroteca Digital - bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/

RIO DE JANEIRO (Estado). **Mensagem apresentada à Assembleia Legislativa em 01 de agosto de 1927, pelo Presidente do Estado Feliciano Pires de Abreu Sodré.** 1927, edição 00001. Acesso pela Hemeroteca Digital - bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/

RIO DE JANEIRO (Estado). **Mensagem apresentada à Assembleia Legislativa em 01 de agosto de 1928, pelo Presidente do Estado Manuel de Mattos Duarte Silva.** 1928, edição 00001. Acesso pela Hemeroteca Digital - bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/

RIO DE JANEIRO (Estado). **Mensagem apresentada à Assembleia Legislativa em 01 de outubro de 1929, pelo Presidente do Estado Manuel de Mattos Duarte Silva.** 1929, edição 00001. Acesso pela Hemeroteca Digital - bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/

RIO DE JANEIRO (Estado). **Mensagem apresentada à Assembleia Legislativa em 01 de agosto de 1930, pelo Presidente do Estado Manuel de Mattos Duarte Silva.** 1930, edição 00001. Acesso pela Hemeroteca Digital - bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/

RIO DE JANEIRO (Estado). **Mensagem apresentada a Assembleia Constituinte do Estado do Rio de Janeiro pelo interventor Ary Parreiras.** Setembro de 1935 edição 00001. Acesso pela Hemeroteca Digital - bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/

RIO DE JANEIRO (Estado). **Mensagem apresentada a Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro pelo Sr. Governador do Estado Protogenes Pereira Guimarães.** 1 de agosto de 1937 edição 00001. Acesso pela Hemeroteca Digital - bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/

RIO DE JANEIRO (Estado). **Mensagem apresentada a Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro pelo Sr. Governador do Estado Edmundo de Macedo Soares e Silva.** 15 de março de 1949 edição 00001. Acesso pela Hemeroteca Digital - bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/

RIO DE JANEIRO (Estado). **Mensagem apresentada a Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro pelo Sr. Governador do Estado Edmundo de Macedo Soares e Silva.** 15 de março de 1950 edição 00001. Acesso pela Hemeroteca Digital - bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/

RIO DE JANEIRO (Estado). **Mensagem à Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro apresentada pelo Governador do Estado, por ocasião da abertura da sessão legislativa de 1956. Miguel Couto Filho.** 1956 edição 00001. Acesso pela Hemeroteca Digital - bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/

RIO DE JANEIRO (Estado). **Mensagem à Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro apresentada pelo Governador do Estado, por ocasião da abertura da sessão legislativa de 1957. Miguel Couto Filho.** 1957 edição 00001. Acesso pela Hemeroteca Digital - bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/

RIO DE JANEIRO (Estado). **Breves notícias sobre o Hospital-Colônia de Psicopatas de Vargem Alegre. Hospital-Colônia de Psicopatas de Vargem Alegre.** sem data. 12 p.

SEMANÁRIO DE SAÚDE PÚBLICA de número 15, apresentado à Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro em 09 de abril de 1831.

ANEXO 1
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PROFISSIONAIS



**Universidade Federal do Rio de Janeiro
Centro de Ciências da Saúde
Instituto de Psiquiatria - IPUB**

Projeto de Pesquisa: A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM BARRA DO PIRAÍ/RJ

Pesquisadora: LÍlian Magalhães Costa Lima

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Profissionais)

Objetivo

Você está sendo convidado (a) para participar de pesquisa cujo principal objetivo é pesquisar a construção da Política de Saúde Mental em Barra do Piraí/RJ.

Procedimentos

Serão realizadas entrevistas com diferentes profissionais que fizeram parte direta ou indiretamente da desconstrução do hospital psiquiátrico e/ou da implantação do CAPS no município.

Riscos, desconfortos e inconveniências

O participante da pesquisa não está exposto a nenhum o risco ou desconforto físico. No entanto, se algum tema abordado na entrevista lhe causar constrangimento ele poderá se recusar a responder ou até mesmo a dar prosseguimento à entrevista. Além disso, as informações prestadas serão mantidas sob o sigilo pela pesquisadora, o que protegerá a identidade do entrevistado.

Benefícios

Os resultados da pesquisa serão devolvidos a equipe de saúde mental de Barra do Piraí e poderão ser utilizadas como subsídios na definição de novas ações dentro do seu escopo de intervenção.

Acompanhamento e assistência

Os participantes terão direito a informações sobre a pesquisa a qualquer momento, através de contato com a pesquisadora para esclarecimentos em torno da pesquisa e discussão sobre o seu andamento e sobre os seus resultados parciais e finais.

Privacidade e confidencialidade

A identidade de cada entrevistado será mantida sob sigilo em todas as fases da pesquisa. Os dados serão mantidos sob a guarda e a responsabilidade da pesquisadora por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Desfecho Primário

Levantamento de dados e informações sobre a construção da Política de Saúde Mental em Barra do Piraí, tendo como principal ponto a implantação do CAPS.

Outras informações

- Você receberá uma via deste termo de consentimento;
- Você pode deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum problema;
- Os resultados do estudo estarão disponíveis por ocasião da conclusão do relatório final da pesquisa, além de serem apresentados para as equipes das instituições onde foram realizadas a pesquisa.

Contato

Se surgir alguma dúvida sobre o estudo, você poderá entrar em contato com Lílian M. C. Lima, aluna do Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial pelo IPUB/UFRJ
E-mail: lilcosta@hotmail.com

Contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do IPUB/UFRJ:

Av. Venceslau Brás 71 Fundos - Sala 35. Rio de Janeiro/RJ.

Telefone: **(21) 3938-5510**

Coordenador: Jorge Adelino Rodrigues da Silva

Eu aceito conceder a entrevista solicitada, após ter sido informado (a) sobre objetivo desta pesquisa, bem como dos seus procedimentos, benefícios, riscos e desconfortos. Além disso, declaro que minha participação é voluntária e que eu estou ciente de ser livre para retirar este consentimento no momento em que eu desejar. Recebi do (a) entrevistador (a) uma via deste termo.

_____, ____ de _____ de ____.

Nome do participante

Nome do entrevistador

Assinatura

Assinatura

ANEXO 2
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
USUÁRIOS



**Universidade Federal do Rio de Janeiro
Centro de Ciências da Saúde
Instituto de Psiquiatria - IPUB**

Projeto de Pesquisa: **A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM BARRA DO PIRAÍ/RJ**

Pesquisadora: **Lílian Magalhães Costa Lima**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Usuários)

Objetivo

Você está sendo convidado (a) para participar de uma pesquisa sobre serviços de saúde mental em Barra do Piraí.

Procedimentos

A participação vai ser através de entrevistas com diferentes pessoas que participaram do fechamento do Hospital Estadual de Vargem Alegre e, também, da inauguração do CAPS em Barra do Piraí.

Riscos, desconfortos e inconveniências

Não existe risco físico. Mas pode acontecer da pessoa se emocionar ou não querer falar sobre determinado assunto e ela poderá deixar de responder a pergunta, ou esperar um melhor momento para respondê-la.

Benefícios

A pesquisa irá trazer conhecimento para a atual equipe do CAPS.

Acompanhamento e assistência

Os participantes poderão se informar com a pesquisadora Lílian tudo o que precisarem saber sobre a pesquisa.

Privacidade e confidencialidade

Você terá direito ao sigilo. O material da entrevista será de responsabilidade da pesquisadora.

Desfecho Primário

Informações sobre a Saúde Mental em Barra do Piraí, principalmente a história de como começou o CAPS na cidade.

Outras informações

- Você receberá uma cópia deste termo de consentimento;
- Você pode deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum problema;
- Os resultados do estudo estarão disponíveis por ocasião da conclusão do relatório final da pesquisa.

Contato

Se surgir alguma dúvida sobre o estudo, você poderá entrar em contato com Lílian M. C. Lima, aluna do Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial pelo IPUB/UFRJ

E-mail: lilcosta@hotmail.com

Contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do IPUB/UFRJ:

Av. Venceslau Brás 71 Fundos - Sala 35. Rio de Janeiro/RJ.

Telefone: (21) 3938-5510

Coordenador: Jorge Adelino Rodrigues da Silva

Eu aceito conceder a entrevista solicitada, após ter sido informado (a) sobre objetivo desta pesquisa, bem como dos seus procedimentos, benefícios, riscos e desconfortos. Além disso, declaro que minha participação é voluntária e que eu estou ciente de ser livre para retirar este consentimento no momento em que eu desejar. Recebi do (a) entrevistador (a) uma via deste termo.

_____, ____ de _____ de ____.

Nome do participante

Nome do entrevistador

Assinatura

Assinatura

ANEXO 3
PROJETO TÉCNICO INSTITUCIONAL DO CENTRO DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL (CAPS I) NOSSA CASA - BARRA DO PIRAÍ/RJ - 2016



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL

SAÚDE 100% VOCÊ



PROJETO TÉCNICO INSTITUCIONAL DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS I) NOSSA CASA - BARRA DO PIRAÍ – RJ

Endereço: Rua Angélica, 187 – Santana. Barra do Piraí – RJ. CEP: 27110-260

Telefone: (24) 2443-6927

E-mail: capsnossacasa.bp@gmail.com

Coordenador CAPS I: Lílian Magalhães Costa Lima

Coordenador Programa Municipal de Saúde Mental: Carlos Renato Moreira Ferreira

1. INTRODUÇÃO

1.1 A Política Nacional de Saúde Mental e os Centros de Atenção Psicossocial

Atualmente, o Brasil executa uma Política Nacional de Saúde Mental que tem como direção a articulação em rede de dispositivos que possam ser substitutivos ao manicômio, e que está amparada pela Lei 10.216/2001, as Portaria do Ministério da Saúde 336/2002 e 3.088/2011, dentre outras.

A Lei 10.216 (2001) dispõe sobre os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental e, também, redireciona o modelo assistencial em saúde Mental. Dentre os direitos, podemos destacar: ter acesso ao melhor tratamento do SUS; ser tratado com humanidade e respeito; ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. Dessa forma, como redirecionamento assistencial em saúde mental, a internação psiquiátrica só será indicada quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes e o tratamento terá como objetivo a reinserção social do usuário na família

e na comunidade. Sob este paradigma são implantados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em todo o território brasileiro.

A Portaria 336 do Ministério da Saúde (2002) define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos CAPS, em suas diversas modalidades, e define-os como dispositivo de atenção diária que funcionam segundo a lógica do território. Também destaca que os CAPS são ordenadores da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território, devendo ser capaz de realizar atendimentos individuais e coletivos, oficinas terapêuticas, atendimento à familiares, visitas domiciliares, atividades comunitárias, reabilitação psicossocial do usuário na família e na comunidade e, ainda, oferecer suporte aos demais serviços da rede nas questões referentes à Política Nacional de Saúde Mental.

Por sua vez, a Portaria 3.088 (2011) vem ratificar que o cuidado em saúde mental se dá em rede, instituindo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas acometidas de transtorno mental, objetivando romper com a fragmentação do cuidado a esses usuários através da criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde. Portanto, a RAPS é um arranjo organizativo de ações e serviços de saúde mental que, integradas em suas ações, poderão garantir a integralidade do cuidado. Os pontos de atenção à saúde são os espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, que na saúde mental se compõe de: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Estratégica, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização. Os CAPS se caracterizam como ponto de atenção estratégica, pois, como diz Silvio Yasui (2010: 115),

“... deve ser entendido como uma estratégia de transformação da assistência que se concretiza na organização de uma ampla rede de cuidados em saúde mental. Nesse sentido, não se limita ou se esgota na implantação de um serviço. O CAPS é meio, é caminho, não fim. É a possibilidade da tessitura, da trama, de um cuidado que não se faz apenas em um lugar, mas é tecido em ampla rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços, distintos atores e cuidadores.”⁸⁴

⁸⁴ YASUI, Silvio. CAPS: Estratégia de Produção de Cuidados. In: _____ Rupturas e Encontros: Desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2010.

Portanto, o CAPS irá ser o responsável pela organização da rede de cuidados em torno de um caso, não se restringindo aos pontos de atenção da RAPS, mas incluindo outras redes (outros serviços públicos, família, setores da comunidade, a sociedade).

1.2 Características do município de Barra do Piraí

Barra do Piraí, município do Estado do Rio de Janeiro, possui área territorial de 578.965 Km² e população estimada em 96.865 habitantes (IBGE, 2015). Faz limite geográfico com Mendes, Pinheiral, Piraí, Valença, Vassouras, Volta Redonda. E, além de sua área urbana central, possui mais cinco distritos: Califórnia da Barra, São José do Turvo, Vargem Alegre, Dorândia, Ipiabas.

Vale destacar que, de 1904 a 1997, o distrito de Vargem Alegre possuía uma instituição manicomial: a Colônia dos Alienados de Vargem Alegre, que seguia o modelo de colônia criado pelo alienista Juliano Moreira e foi desativado após sofrer várias intervenções públicas em consequência de mortes violentas, epidemias de leptospirose, dentre outras situações indignas. Portanto, a prática asilar e hospitalocêntrica marcou culturalmente o imaginário social sobre a loucura no território, o que ainda perdura nos dias atuais.

Atualmente, o município possui um CAPS I, um CAPSi (não habilitado), um Ambulatório de Saúde Mental (que atende os casos de transtorno mental leve/moderado e os casos de usuários de Álcool/Drogas), um Serviço Residencial Terapêutico Tipo 1 (não habilitado), sete Estratégias Saúde da Família, um Programa de Agente Comunitário de Saúde, dezesseis Unidades Básicas de Saúde. Além disso, há o Posto de Saúde Albert Sabin, que concentra os programas municipais de saúde e atende a população sem cobertura de ESF ou PSF. Há também uma farmácia municipal, que atende toda a demanda de medicamentos do SUS de Barra do Piraí.

Na Rede de Urgência e Emergência, o município possui o SAMU e um Polo de Emergência e sua rede hospitalar é filantrópica, conveniada ao SUS: Santa Casa, Cruz Vermelha e Hospital e Maternidade Maria de Nazaré.

O CAPS Nossa Casa funciona desde 2000 e foi habilitado pela portaria 706 de 07 de outubro de 2002. Está vinculado ao Departamento de Saúde Coletiva, que por sua vez faz composição à Secretaria Municipal de Saúde.

2. JUSTIFICATIVA

O Projeto Técnico-Institucional do CAPS Nossa Casa é o instrumento ordenador das ações do serviço, que devem estar fundamentadas na Política Nacional de Saúde Mental e nas questões pertinentes a particularidade do território.

Barra do Piraí não possui cobertura de Atenção Básica em Saúde em quantitativo suficiente para atender as demandas comunitárias de saúde, oferecendo um cuidado pautado em práticas médico-curativas e tendo como maior captador de suas demandas o Polo de Emergência Municipal. Dessa forma, a Saúde Mental tem como principal desafio sustentar-se como um modelo de cuidado comunitário e substitutivo ao hospital psiquiátrico, outro forte componente que fez parte da constituição histórica do município, que ainda deixa suas marcas.

3. OBJETIVO GERAL

Oferecer atendimento e acompanhamento aos usuários com transtornos mentais graves e persistentes, e servir de suporte aos outros pontos da Rede de Saúde no cuidado das demais demandas de saúde mental, ordenando a rede de cuidados em seu território.

4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Acolher e responsabilizar-se pelas demandas de saúde mental do território adstrito;
- Oferecer atendimentos individuais e coletivos em saúde mental;
- Matriciar e apoiar os demais pontos da RAPS;
- Ser ordenador da rede de saúde mental em seu território;
- Desinstitucionalizar pacientes munícipes internados em longa permanência em hospitais psiquiátricos ou manicômios judiciários;
- Desenvolver Projetos Terapêuticos Singulares de acordo com a demanda de cada caso, tecendo a rede de cuidados necessária;

5. PÚBLICO ALVO

Pessoas acometidas de transtorno mental que residem no município de Barra do Piraí ou que estejam em situação de rua no município.

- A demanda infanto-juvenil é atendida no CAPSi e o Ambulatório de Saúde Mental é o serviço municipal de referência para os usuários com transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

- Barra do Piraí possui perfil epidemiológico para CAPS II e já está pactuada com a CIB que esta transição aconteça.

6. ÁREA DE ABRANGÊNCIA:

O CAPS Nossa Casa tem como território adstrito toda a área geográfica do município de Barra do Piraí.

7. OPERACIONALIZAÇÃO:

7.1. ACOLHIMENTO:

É o contato inicial com o usuário para a avaliação da demanda e o fornecimento de informações sobre o serviço. Tem como objetivo o conhecimento do caso, através da escuta, e como perspectiva o estabelecimento das possibilidades de intervenção. Pode ser uma ação pontual, ou desencadear num encaminhamento, ou num acompanhamento. O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética capaz de acolher, escutar e direcionar a demanda de cada caso. Portanto, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, mas implica necessariamente o compartilhamento de saberes, angústias e intervenções entre a equipe.

7.2. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR (PTS):

Quando o usuário possui demanda de acompanhamento no CAPS, ele estará referenciado a um profissional (ou miniequipe) que irá realizar um projeto terapêutico singular, onde elabora as ações continuadas pertinentes ao caso. É um instrumento de organização e sistematização do cuidado e a construção deste é feita em conjunto com os usuários a que se destinam, contemplando reflexões e avaliações periódicas, podendo haver mudanças quando for necessário. O PTS contempla o diagnóstico situacional do caso, a definição de metas, a divisão de responsabilidades (usuário, equipe, território) e a reavaliação. O PTS irá definir o tipo de atendimento que o usuário irá receber: atendimento individual, atendimento coletivo, oficina terapêutica, articulações com o território, atendimento a familiares, visitas domiciliares, dentre outras ações possíveis.

7.3. ATENÇÃO À CRISE:

Ações desenvolvidas para o manejo das situações de crise, entendidas como momentos do processo de acompanhamento dos usuários, nos quais conflitos relacionais com familiares,

ambiência e vivências geram intenso sofrimento e desorganização. Esta ação exige disponibilidade de escuta e de mediação de conflitos. Pode ser realizada no próprio CAPS, no domicílio do usuário, em outros serviços de saúde ou em outros espaços do território que façam sentido ao usuário e sua família e favoreçam a construção e a preservação dos vínculos.

7.4. ATENDIMENTO AOS FAMILIARES:

Atendimento específico ao familiar do usuário, individual ou através do grupo de familiares, visando abordar questões referentes ao suporte familiar para com o usuário, reinserção do usuário no ambiente familiar, corresponsabilização da família no acompanhamento dos casos e, ainda, questões particulares a cada caso.

7.5. VISITAS DOMICILIARES:

É uma estratégia para aprofundamento do acompanhamento psicossocial, que possibilita maior contato com a família do usuário, além de ser um instrumento para fortalecer o vínculo entre o usuário e a equipe. Deve ser realizado pautado na ética, respeitando a privacidade do usuário e jamais pautada em intervenções de cunho polialesco e higienista.

7.6. MATRICIAMENTO NA ABS:

É o compartilhamento de propostas de intervenção e cuidado, onde a equipe de saúde mental oferecerá suporte à outra equipe de referência do usuário, para que esta amplie seu campo de atuação e qualifique suas ações no território. Dessa forma, no processo de matriciamento as equipes formam um novo arranjo de cuidado, numa perspectiva de uma clínica ampliada, integrando as ações e oferecendo retaguarda de assistência.

É de suma importância que aconteça o matriciamento entre a equipe do CAPS e as equipes de ABS, através da discussão de casos e do processo de trabalho, atendimento compartilhado, organização e corresponsabilização do Projeto Terapêutico Singular, ações intersetoriais no território.

7.7. REUNIÃO DE EQUIPE

Tem como objetivo organizar e estruturar todo o trabalho clínico-institucional, visando articular e integrar as ações dos diversos profissionais que compõem a equipe. Deve

contemplar momentos de discussões sobre intervenções técnicas, estudo de caso, discussões teóricas e metodológicas de trabalho.

Acontecem semanalmente e, bimestralmente, ocorre a reunião ampliada do Programa Municipal de Saúde Mental para discussão de pautas pertinentes ao processo de trabalho.

7.8. FÓRUM INTERSETORIAL DE SAÚDE MENTAL E OUTRAS AÇÕES EM REDE

As ações de articulação com a rede intra e intersetorial são estratégias que visam promover a articulação da equipe do CAPS com outros pontos de atenção ao usuário da rede de saúde, educação, Justiça, assistência social, direitos humanos e outros, assim como com os recursos comunitários presentes no território. Dessa forma, será possível oferecer um cuidado integral às demandas do caso e dividir as responsabilidades que este nos convoca. Esta ação deve acontecer através de reuniões de discussão dos casos. Além disso, realizamos o Fórum Intersetorial de Saúde Mental para qualificação da rede e discussão das metodologias de trabalho no território.

7.9. AVALIAÇÕES NO POLO DE EMERGÊNCIA

A equipe do CAPS participa da escala que o Programa Municipal de Saúde Mental executa no Polo de Emergência para participar do acolhimento e atenção a crise neste dispositivo, em conjunto com a equipe deste ponto de atenção. Acontece desta forma devido a ausência de equipe de saúde mental nos pontos de atenção de urgência e emergência do município, o que anteriormente acarretava alto número de internações psiquiátricas.

7.10. INTERNAÇÕES PSIQUIÁTRICAS

A internação psiquiátrica acontece quando os demais recursos de intervenção são insuficientes para atender as complexidades do caso, colocando o usuário em risco de vida ou psicossocial, impossibilitando o manejo do quadro clínico em ambiente extra-hospitalar. Portanto, deverá ser avaliado o quadro clínico/psiquiátrico e o campo sociofamiliar do usuário. O período de internação deve ser o mais breve possível, objetivando, principalmente, a estabilização dos sintomas agudos e a investigação diagnóstica. Deve respeitar as diretrizes da Lei 10.216/2001 e da Central Regional Reguladora do Estado do Rio de Janeiro.

7.10.1. Implantação de Leitos em Hospital Geral

Está pactuado com a CIR a implantação de 04 leitos de Saúde Mental na Santa Casa de Barra do Pirai.

7.10.2. Ações de Acompanhamento das internações psiquiátricas e desinstitucionalização

O CAPS Nossa Casa possui usuários internados na Clínica Vale do Paraíba (CLIVAPA – Quatis/RJ), Casa de Saúde Cananéia (Vassouras/RJ) e Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Henrique Roxo (Niterói/RJ).

A equipe realiza visita de acompanhamento dos casos e atendimento aos familiares, tendo como perspectiva a desinstitucionalização dos usuários após alta. Há usuários em internação de longa permanência, que demandam articulações específicas para processo de desinstitucionalização através do retorno ao ambiente familiar ou inserção em serviço residencial terapêutico.

7.11. SUPERVISÃO DE EQUIPE E AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

A supervisão clínico-institucional é o instrumento de qualificação de trabalho da equipe, que visa oferecer o suporte técnico que esta necessita para execução de sua metodologia e processo de trabalho e, também, fortalecer e qualificar o CAPS como ordenador da RAPS no município.

Além da supervisão, é de suma importância qualificar os profissionais da equipe técnica através da participação em congressos, cursos, seminários, encontros temáticos, etc., como também realizar capacitações regulares em saúde mental para os profissionais dos pontos de atenção da RAPS.

O município ainda não possui supervisão nem ações específicas de educação permanente. Em parceria com o Curso de Psicologia da Universidade Federal Fluminense (Campus Volta Redonda), o CAPS de Barra do Pirai é campo de intervenção para o Projeto de Extensão Universitária de Apoio Institucional, referenciado ao Professor Doutor Ricardo Penna e seus acadêmicos bolsistas. Tem como objetivo oferecer suporte técnico metodológico à equipe na construção do seu processo de trabalho, através de encontros periódicos previamente estabelecidos. Vem acontecendo desde agosto de 2014.

7.12. GRUPO CONDUTOR REGIONAL DA RAPS (REGIÃO MÉDIO PARAÍBA)

A coordenação de saúde mental do município é membro do Grupo Condutor Regional da Rede de Atenção Psicossocial da Região Médio Paraíba, cuja responsabilidade é de formulação de propostas a serem desenvolvidas no âmbito das políticas de Saúde Mental da região. O GC caracteriza-se como instrumento de negociação, articulação e pactuação, quanto aos aspectos operacionais do campo da saúde mental, respeitadas os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Caracteriza-se também como espaço de formulação de propostas, definindo prioridades, pactuando soluções para a organização de ações e serviços de atenção a saúde mental de forma integrada e resolutiva, discutindo a implantação e execução da política de saúde mental regional, as metas e entraves encontrados, as possíveis resoluções e redirecionamentos de trabalho.

8. RECURSOS HUMANOS:

A equipe do CAPS Nossa Casa, atualmente, é composta pelos seguintes profissionais:

- 01 Coordenador (com formação em psicologia)
- 01 Psicólogo
- 02 Assistentes Sociais
- 02 Enfermeiros
- 01 Psiquiatra
- 01 Técnico de Enfermagem
- 01 Auxiliar de Atendimento
- 01 Auxiliar de Atendimento em licença sem vencimento
- 01 Auxiliar de Serviços Gerais

9. CONCLUSÃO:

Este projeto Técnico-Institucional tem como proposta instrumentalizar os processos de trabalho do CAPS Nossa Casa e fortalecer as intervenções da equipe no território. Ainda, é um importante instrumento de cogestão entre a equipe, o Colegiado Gestor de Coordenadores de Saúde Mental e a gestão da Secretaria Municipal de Saúde.

Busca destacar a função do CAPS no território e as modalidades de atendimento prestadas por este serviço.

10. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

BRASIL. **Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** DF, 2001.

_____. **MINISTERIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece as diversas modalidades de CAPS.** DF, 2002.

_____. **MINISTERIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** DF, 2010.

_____. **MINISTERIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 3.088 de 23 de dezembro de 2001. Preconiza o atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.** Brasília; MS, 2011.

_____. **MINISTERIO DA SAÚDE. Caderno de Tutores do Projeto Caminhos do Cuidado.** Brasília: MS, 2013.

LIMA, Lílian Magalhães Costa Lima. **A gestão da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Município de Barra do Piraí.** 2015. 22 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Micropolíticas do Trabalho e Gestão em Saúde) – Universidade Federal Fluminense – Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Rio de Janeiro, 2015.

YASUI, Silvio. **CAPS: Estratégia de Produção de Cuidados.** In: _____ Rupturas e Encontros: Desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2010.

Barra do Piraí, 27 de julho de 2016.

Lílian Magalhães Costa Lima