

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ  
CAMPUS DE MARECHAL CÂNDIDO RONDON  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – MESTRADO EM HISTÓRIA**

**JAKELINE SANTOS CARVALHO**

**CAMINHOS PARA A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO HOSPITAL COLÔNIA  
ADAUTO BOTELHO (1980-2002)**

**MARECHAL CÂNDIDO RONDON**

**2018**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ  
CAMPUS DE MARECHAL CÂNDIDO RONDON  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – MESTRADO EM HISTÓRIA**

**JAKELINE SANTOS CARVALHO**

**CAMINHOS PARA A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO HOSPITAL COLÔNIA  
ADAUTO BOTELHO (1980-2002)**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós Graduação em História da Unioeste: História, Poder e Práticas Sociais.

Orientadora: Profª Dra. Yonissa Marmitt Wadi

**MARECHAL CÂNDIDO RONDON**

**2018**

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Carvalho, Jakeline Santos  
Caminhos para a Reforma Psiquiátrica no Hospital Colônia  
Adauto Botelho (1980-2002) / Jakeline Santos Carvalho;  
orientador(a), Yonissa Marmitt Wadi, 2018.  
180 f.

Dissertação (mestrado), Universidade Estadual do Oeste  
do Paraná, Campus de Marechal Cândido Rondon, Centro de  
Ciências Humanas, Educação e Letras, Programa de Pós-  
Graduação em História, 2018.

1. História da Loucura e da Psiquiatria. 2. Hospital  
Colônia Adauto Botelho. 3. Reforma Psiquiátrica. 4. Saúde  
Mental. I. Wadi, Yonissa Marmitt. II. Título.



**unioeste**

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Campus de Marechal Cândido Rondon - CNPJ 78680337/0003-46  
Rua Pernambuco, 1777 - Centro - Cx. P. 91 - <http://www.unioeste.br>  
Fone: (45) 3284-7878 - Fax: (45) 3284-7879 - CEP 85960-000  
Marechal Cândido Rondon - PR.

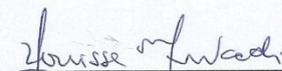


**PARANÁ**  
GOVERNO DO ESTADO

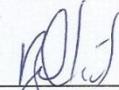
**Programa de Pós-Graduação em História**

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE JAKELINE SANTOS CARVALHO, ALUNO(A) DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - UNIOESTE, E DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO DO PROGRAMA E O REGIMENTO GERAL DA UNIOESTE.

Ao(s) 17 dia(s) do mês de março de 2018 às 9h30min, no(a) Sala de Aula do PPGH (60), realizou-se a sessão pública da Defesa de Dissertação do(a) candidato(a) Jakeline Santos Carvalho, aluno(a) do Programa de Pós-Graduação em História - nível de Mestrado, na área de concentração em História, Poder e Práticas Sociais. A comissão examinadora da Defesa Pública foi aprovada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em História. Integraram a referida Comissão os(as) Professores(as) Doutores(as): Yonissa Marmitt Wadi, Beatriz Anselmo Olinto, Marcos Nestor Stein. Os trabalhos foram presididos pelo(a) Yonissa Marmitt Wadi, orientador(a) do(a) candidato(a). Tendo satisfeito todos os requisitos exigidos pela legislação em vigor, o(a) candidato(a) foi admitido(a) à Defesa de DISSERTAÇÃO DE MESTRADO, intitulada: "Caminhos Para a Reforma Psiquiátrica no Hospital Colônia Adauto Botelho (1980-2002)". O(a) Senhor(a) Presidente declarou abertos os trabalhos, e em seguida, convidou o(a) candidato(a) a discorrer, em linhas gerais, sobre o conteúdo da Dissertação. Feita a explanação, o(a) candidato(a) foi arguido(a) sucessivamente, pelos(as) professores(as) doutores(as): Beatriz Anselmo Olinto, Marcos Nestor Stein. Findas as arguições, o(a) Senhor(a) Presidente suspendeu os trabalhos da sessão pública, a fim de que, em sessão secreta, a Comissão expressasse o seu julgamento sobre a Dissertação. Efetuado o julgamento, o(a) candidato(a) foi **aprovado(a)**. A seguir, o(a) Senhor(a) Presidente reabriu os trabalhos da sessão pública e deu conhecimento do resultado. E, para constar, o(a) Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação em História, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE - Campus de Marechal Cândido Rondon, lavra a presente ata, e assina juntamente com os membros da Comissão Examinadora e o(a) candidato(a).

  
Orientador(a) - Yonissa Marmitt Wadi

Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Toledo (UNIOESTE)

  
Beatriz Anselmo Olinto

Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO)



**unioeste**

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Campus de Marechal Cândido Rondon - CNPJ 78680337/0003-46

Rua Pernambuco, 1777 - Centro - Cx. P. 91 - <http://www.unioeste.br>

Fone: (45) 3284-7878 - Fax: (45) 3284-7879 - CEP 85960-000

Marechal Cândido Rondon - PR.



**PARANÁ**

GOVERNO DO ESTADO

**Programa de Pós-Graduação em História**

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE Mestrado DE JAKELINE SANTOS CARVALHO, ALUNO(A) DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - UNIOESTE, E DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO DO PROGRAMA E O REGIMENTO GERAL DA UNIOESTE.

\_\_\_\_\_  
Marcos Nestor Stein

Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Marechal Cândido Rondon (UNIOESTE)

\_\_\_\_\_  
Jakeline Santos Carvalho

Candidato(a)

\_\_\_\_\_  
Coordenador(a) do Programa de Pós-Graduação em História

**Prof. Dr. Marcio Antônio Both da Silva**

**Coordenador do Programa de**

**Pós-Graduação em História**

**Mestrado e Doutorado**

**Portaria nº 6213/2016-GRE**

## AGRADECIMENTOS

Como já dizia Michel de Certeau, todo o trabalho de pesquisa é feito em conjunto, jamais de forma isolada, o que me faz refletir sobre meu caminho até aqui e agradecer a todos os colaboradores que ajudaram a tornar possível esta dissertação, a me descobrir enquanto professora e pesquisadora e ao meu amadurecimento profissional e pessoal.

Agradeço a força divina que tem me guiado para seguir em frente com os meus objetivos e não desistir em meio às adversidades.

Agradeço, notadamente, à minha orientadora Yonissa Marmitt Wadi por ter, em primeiro lugar, acolhido meu trabalho, e a todas as orientações e ensinamentos durante esses dois anos de mestrado, me ensinando sobre a pesquisa histórica e fazendo me apaixonar ainda mais pela imersão nas trilhas da História da Loucura. Agradeço, ainda, por estar ao meu lado em um dos momentos em que mais precisei.

Agradeço à professora Beatriz Anselmo Olinto, junto ao Grupo de Pesquisa Etnias, Cultura e Identificações, da Universidade Estadual do Centro Oeste (Unicentro), por todos os ensinamentos e colaborações durante toda minha graduação e também no mestrado na banca de qualificação, não teria me descoberto nesse campo sem você. Ao professor Marcos Nestor Stein e ao professor Carlos Alberto da Cunha Miranda pelas considerações na banca de qualificação.

Agradeço à professora Méri Frostcher por ter me recebido na Unioeste e me auxiliado, em um primeiro momento, quanto aos problemas no início do meu ingresso na instituição, além de toda a contribuição nas aulas, tornando-se, junto aos professores Marcos Ehrhardt, Moisés Antiquiera, Gilberto Callil, Marcos Nestor Stein e Marco Antonio Arantes, grandes interlocutores de pesquisa e emprestando perspectivas a esta dissertação através das discussões em sala de aula.

Agradeço ao diretor do Hospital Colônia Adauto Botelho, Osvaldo Tchaikovski Júnior pelo acesso à instituição. À Silvia Beatriz Glaser Ussyk Manzarra junto à biblioteca técnica do HCAB pela ajuda no acesso aos documentos, sem isso nada seria possível.

Agradeço à minha mãe, Maria Olívia, que é a razão e a força motriz da minha vida, sendo a minha base e uma das pessoas que mais acreditam em mim, me apoiando e me

ajudando incondicionalmente. Foi contigo que eu aprendi a ser quem eu sou. Seu amor, sua dedicação, sua fé em mim é o que me move em toda a vida, pois sem você eu não sou nada.

Ao meu pai, Francisco Eloir, tirado de perto de mim há dez anos pela morte, mas que ainda se faz presente, sei que de onde estiver está me olhando, me guiando e me enchendo de forças para seguir em frente. Eu sei o quanto isso tudo significaria para ele e o quanto acreditava em mim. Esta dissertação é para você, meu pai.

Aos meus irmãos Rodrigo e Ana Paula, à minha cunhada Neidy, ao meu cunhado Emerson e à minha irmã de coração Adriana, que estiveram ao meu lado em todo esse trajeto, torcendo por mim e comemorando a cada etapa vencida. Aos meus sobrinhos amados Diego, Thiago e Lívia, que enchem minha vida de felicidade.

Ao Rodolfo. Obrigada por acreditar em mim quando nem eu mesma acreditava.

Aos meus padrinhos Eva e Antônio, que me acolheram em sua casa no momento de pesquisa.

Aos meus padrinhos Marlene e Lourival e ao meu tio Luiz Carlos por todo o incentivo e ajuda em vários momentos, além de sempre acreditarem em mim.

À Juliane, minha prima, amiga e irmã que acompanhou toda essa trajetória.

Aos meus amigos, em especial à Fabiola, pela amizade de tantos anos, pela força e incentivo. À Gessica, companheira de mestrado, pesquisa, Foucault e de desbravamento das terras do oeste.

À CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pela concessão da bolsa durante todo o período de realização deste mestrado.

“Não considero necessário saber exatamente quem sou. O que constitui o interesse principal da vida e do trabalho é que eles lhe permitem tornar-se diferente do que você era no início. Se, ao começar a escrever um livro, você soubesse o que irá dizer no final, acredita que teria coragem de escrevê-lo? O que vale para a escrita e a relação amorosa vale também para a vida. Só vale a pena na medida em que se ignora como terminará.”

Michel Foucault

## RESUMO

Essa dissertação apresenta uma análise do processo de Reforma Psiquiátrica ocorrido no Hospital Colônia Adauto Botelho (HCAB), na região metropolitana de Curitiba, em Pinhais, tendo como recorte o período situado entre as décadas de 1980 e 2000, momento em que iniciaram-se as primeiras mudanças estruturais na instituição, que aprofundaram-se nas décadas seguintes, que ocorreu a promulgação da Lei Estadual da Reforma Psiquiátrica no Paraná, em 1995 e da Lei Federal de Reforma Psiquiátrica, em 2001. Na investigação problematizamos as mudanças ocorridas dentro da instituição, juntamente com as ocorridas no dispositivo jurídico, ou seja, as leis e portarias sobre a saúde mental no Brasil e no Paraná, que nortearam as discussões da luta antimanicomial, na conjuntura do estado do Paraná. O trabalho foi conduzido a partir de perspectivas situadas no campo da História da Loucura e da Psiquiatria, que, permitiu examinar o ambiente sociocultural em que a instituição esteve imersa, bem como atentar para os diversos sujeitos que atuaram e seguem atuando na instituição e suas práticas. Para tanto, como recurso metodológico, utilizamos a análise de discurso, ponderando os enunciados mobilizados nas fontes no que se refere à produção de sentidos e às ações objetivas e subjetivas sobre a loucura e a reforma psiquiátrica. Com isso, a dissertação foi estruturada a partir de três eixos centrais: a apresentação e discussão das principais leis e portarias sobre a saúde mental, criadas a partir do movimento de redemocratização do país; a demonstração, a partir dos documentos oficiais do HCAB, dos novos projetos desenvolvidos e a quem eram direcionados; e, por fim, a problematização de diversas memórias sobre o hospital e sobre o processo de Reforma Psiquiátrica. Ressaltamos que o HCAB seguiu um movimento similar ao ocorrido em outras instituições do país, visto que as primeiras reorganizações internas, já no início da década de 1980, aconteceram sem um respaldo jurídico significativo à época, mas sim como resposta à condição asilar precária, que era constante nos hospitais psiquiátricos. Isto mostrou como as transformações do modelo asilar ocorreram a partir de relações de poderes horizontais, estendidas pela sociedade como um todo e não a partir de uma instância única de poder. Por fim, consideramos que este estudo permitiu avaliar os reclames da loucura em nossa sociedade e as discontinuidades da reforma psiquiátrica e do HCAB em suas incidências e limitações.

**Palavras-chave:** História da Loucura e da Psiquiatria; Hospital Colônia Adauto Botelho; Reforma Psiquiátrica; Saúde Mental.

## ABSTRACT

PATHWAYS TO THE PSYCHIATRIC REFORM IN THE COLONIA ADAUTO BOTELHO HOSPITAL (1980-2002). The current dissertation presents an analysis of the Psychiatric Reform process performed in the Colonia Adauto Botelho Hospital (HCAB) in Pinhais, part of the metropolitan region of Curitiba. The study comprehends the period between 1980 and 2000, which understands the moment that the first structural changes began in the institution, the deepening of those changes in the following decades, as well as both enactments of State Law of Psychiatric Reform in the state of Parana in 1995 and the Federal Psychiatric Reform Law of 2001. In this investigation we discussed the changes that occurred within the institution, and those that occurred on the legal arrangements, that is, the laws and ordinances on mental health in Brazil and in the Parana that guided the discussions of the anti-asylum movement in the state of Parana. The research was performed from the perspective of the History of Madness and Psychiatry, which permitted to examine the sociocultural environment in which the institution was immersed, as well as to consider the several individuals that acted and keep acting in the institution and their practices. For such, as methodological resource, we used the discourse analysis, as to consider the statements in the sources, regarding the production of meanings and to the objective and subjective actions about madness and the psychiatric reform. With that, this dissertation was structured from three central axes: the presentation and discussion of the main laws and ordinances on mental health, created from the redemocratization movement of the country; the demonstration, based on the official documents of the institution, of the new projects developed and to whom they were directed to; and, finally, the discussion of various memories about the hospital and the Psychiatric Reform. Therefore, we highlight that the HCAB followed a similar path of other institutions in the country, since that the first internal reorganizations, at the beginning of the 1980, occurred without significant legal support at the time, but rather as a response to the precarious asylum conditions, which were frequent in psychiatric hospitals. This showed how the changes of the asylum model happened from the relation of horizontal powers, extended by extended by society and not as a single instance of power. Finally, the study allowed to assess the implications of madness in our society and the irregularities in the psychiatric reform and tin he HCAB in its incidences and limitations.

**Keywords:** History of Madness and Psychiatry; Colonia Adauto Botelho Hospital; Psychiatric Reform; Mental Health.

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE ABREVIATURAS</b> .....	12
<b>LISTA DE QUADROS</b> .....	14
<b>LISTA DE FIGURAS</b> .....	15
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	16
<b>CAPÍTULO 1</b> .....	35
<b>OS ESTATUTOS JURÍDICOS QUE LEGITIMAM O MOVIMENTO POR UMA REFORMA PSIQUIÁTRICA: A GARANTIA DO DIREITO À ASSISTÊNCIA</b> .....	35
1.1 O início da gestão do processo de desinstitucionalização da loucura no Brasil.....	38
1.2 As principais normas legais que dispõem a respeito dos direitos das pessoas com doenças mentais.....	53
1.3 Aspectos da constituição da Lei Estadual n. 11.189 da Reforma Psiquiátrica no Paraná e a da Lei Federal n. 10.216 .....	68
<b>CAPÍTULO 2</b> .....	75
<b>O PROCESSO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA NO HCAB: “DEIXAM DE SER DOENTES PARA SE TORNAR GENTE”</b> .....	75
2.1 Os primeiros passos para uma reorientação ao modelo de Saúde Mental no Hospital Colônia Aduino Botelho .....	76
2.2 Os sub-projetos desenvolvidos pela instituição e seus desdobramentos .....	89
2.3 Avaliação inicial dos usuários moradores do Programa de Desinstitucionalização.....	100
<b>CAPÍTULO 3</b> .....	124
<b>MEMÓRIAS SOBRE A LOUCURA: DISCURSOS SOBRE O HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO E SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA</b> .....	124
3.1 A Reforma Psiquiátrica como política de Estado.....	126
3.2 “É que antes disso, antes disso era... o... Aduino Botelho era tido como um depósito de louco!” .....	142
3.3 A Reforma Psiquiátrica e realidade institucional .....	153
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	167
<b>FONTES</b> .....	171
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	175

## LISTA DE ABREVIATURAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar  
AVD – Atividade de Vida Diária  
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  
CAT - Centro de Atividades Terapêuticas  
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
CID – Classificação Internacional de Doenças  
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental  
CT – Comunidade Terapêutica  
DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders  
FAMOEX – Fazenda Modelo Experimental  
GAP - Grupo de Avaliação da Assistência Psiquiátrica  
GM – Gabinete do Ministro  
HCAB – Hospital Colônia Aduato Botelho  
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
MS – Ministério da Saúde  
MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental  
NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde  
PAF – Pavilhão Aluísio França  
PT – Partido dos Trabalhadores  
RT – Residência Terapêutica  
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde  
SIH – Sistema de Informações Hospitalares  
SILOS – Sistemas Locais de Saúde  
SNAS – Secretaria Nacional de Assistência Social  
SNDM – Serviço Nacional de Doenças Mentais  
SRT – Serviço Residencial Terapêutico  
SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 – Lista de estados brasileiros que promulgaram leis de Reforma Psiquiátrica.....	52
Quadro 2 – Serviços Residenciais Terapêuticos em Funcionamento até 2004.....	63
Quadro 3 – Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial até 2006.....	65
Quadro 4 – Grau de independência dos internos do HCAB.....	94
Quadro 5 – Desinstitucionalização dos Usuários de Longa Permanência HCAB.....	104

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Divisão Política do Paraná (1950).....	77
Figura 2 – Organograma da divisão e realocação dos internos do pavilhão de praxiterapia....	86

## INTRODUÇÃO

Esta dissertação analisou o processo de Reforma Psiquiátrica ocorrido no Hospital Colônia Adauto Botelho (HCAB), na região metropolitana de Curitiba, em Pinhais, tendo como recorte o período situado entre 1980 e 2002 que compreende o momento em que se iniciaram as primeiras mudanças estruturais na instituição, que aprofundaram-se nas décadas seguintes, e quando ocorreu a promulgação da Lei Estadual da Reforma Psiquiátrica no Paraná, em 1995, e da Lei Federal de Reforma Psiquiátrica, datada de 2001. Empreender um estudo sobre o processo de Reforma Psiquiátrica a partir da experiência da instituição foi uma tentativa de historicizar tal processo em suas diversas práticas e nuances, dando densidade às lutas cotidianas que compõem tal realidade.

O HCAB foi fundado em 1954, em decorrência de um planejamento de reestruturação da assistência psiquiátrica brasileira pelo Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), criado em 1941.<sup>1</sup> A escolha deste hospital para a análise resultou do fato do HCAB ser o único hospital público no Paraná no que concerne ao atendimento em saúde mental e, além disso, foi relevante o fato da instituição ter personagens diretamente envolvidos junto ao chamado Grupo de Trabalho em Saúde Mental, constituído no âmbito da Secretaria de Saúde do Paraná a fim de discutir, em 1995, o estado do atendimento à saúde mental no estado resultando assim, em discussões acerca da Reforma Psiquiátrica.<sup>2</sup>

Nos parece importante ressaltar o próprio modelo da instituição, visto que caracterizava o molde de “hospital colônia” com a chamada “praxiterapia”, voltada ao trabalho, como forma de terapia principal.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> WADI, Yonissa Marmit Wadi; CASAGRANDE, Attiliana De Bona. Políticas de saúde e assistência psiquiátrica no Brasil: o ideário dos hospitais-colônia e a construção do Adauto Botelho no Paraná, anos 1950. **Trashumante**. Revista Americana de História Social, n. 5, p.174-198, 2015a.

<sup>2</sup> WADI, Yonissa Marmitt. Uma história da loucura no tempo presente: os caminhos da assistência e da reforma psiquiátrica no Estado do Paraná. **Revista Tempo e Argumento**. Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 68 – 98, jan./jun. 2009. p. 87.

<sup>3</sup> As primeiras colônias agrícolas no Brasil foram inspiradas em modelos internacionais, principalmente europeus, em que o isolamento da loucura seria a cura e, os tratamentos principais, seriam o trabalho agrícola e a assistência familiar realizados em núcleos mais afastados da cidade. O trabalho desenvolvido pelos usuários nessas colônias era revertido aos gastos da instituição. As colônias agrícolas eram entendidas como modelo moderno de assistência que buscava aperfeiçoamento e humanização, pautados ainda em um referencial: o mito do surgimento da psiquiatria humanizada quando Pinel desacorrentou os loucos dos hospitais gerais na França. Porém, a partir de 1940 o modelo de colônia agrícola se tornou dispendioso e, com isso, há uma reestruturação em que os hospitais-colônia se tornam o novo modelo moderno de tratamento. Nos hospitais-colônia, ao mesmo tempo em que ainda utilizavam da terapêutica do trabalho, investiam no modelo hospitalar de tratamento com modernas técnicas biológicas, como psicocirurgias, eletrochoque, entre outros. VENÂNCIO, 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, v.18, supl.1, dez. 2011, p. 35-52.

Após a investigação ocorrida entre 1937 e 1941, por parte do Departamento Nacional de Saúde, acerca dos problemas da saúde mental no Brasil e, também, sobre a situação em que se encontrava a assistência psiquiátrica, o então SNDM passou a gerenciar ações em prol dessa assistência em todo o território brasileiro.<sup>4</sup>

Nesse contexto, foi elaborado o Plano Hospitalar Psiquiátrico que apresentou sugestões para a saúde mental, avaliando a assistência psiquiátrica. O plano foi formulado com interesse de expandir os hospitais públicos e buscava a criação de leitos psiquiátricos no país, com ajuda do Governo Federal, fazendo também convênios com os governos estaduais. O modelo sugerido para assistência foi o de hospital colônia, que abrangia uma grande área afastada do centro da cidade que, segundo Venâncio, tinha com foco “terapias e atividades voltadas ao trabalho agrícola e pequenas indústrias.”<sup>5</sup>

A criação do HCAB foi ao encontro de discursos vigorantes na época de sua idealização, como o de “crescimento da população de doentes mentais desassistidos e a ameaça que constituíam à ordem pública”<sup>6</sup>, configurando assim, uma urgência quanto a sua construção.

Em seus primeiros anos, o hospital passou por problemas quanto aos serviços considerados novos e modernos que eram ofertados pela instituição, pois alguns acabaram não sendo efetivados por falta de investimentos. Também constaram discussões quanto a verdadeira contribuição da praxiterapia para o tratamento dos usuários e a superlotação que era uma realidade nos hospitais psiquiátricos.<sup>7</sup> A demanda por internações, muitas vezes desnecessárias e sem controle, marcou um momento em que, segundo Wadi e Casagrande “entravam mais pessoas na instituição do que saíam.”<sup>8</sup>

Já para Heidrich, a década de 1960 marcou o momento de privatização da psiquiatria, com a compra de leitos em hospitais psiquiátricos privados.<sup>9</sup> Essa tentativa de objetivação da loucura em lucro encontrou oposição de diversos setores que, segundo Tenório, trouxeram “a ampliação dos atores sociais envolvidos no processo, a iniciativa de reformulação legislativa e

---

<sup>4</sup> WADI. 2009. Op. cit.

<sup>5</sup> VENÂNCIO. 2011. Op. cit., p. 46.

<sup>6</sup> WADI. CASAGRANDE. 2015a. Op. cit., p. 189.

<sup>7</sup> Ibidem. p. 192-193.

<sup>8</sup> Ibidem. p. 195

<sup>9</sup> HEIDRICH, Andréa Valente. **Reforma psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização.** Tese (doutorado) Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Doutorado em serviço Social, Porto Alegre, BR-RS, 2007. 205f. p. 92.

o surgimento de experiências institucionais bem sucedidas na arquitetura de um novo tipo de cuidados em saúde mental.”<sup>10</sup>

Diante desse quadro, iniciou-se no país, a partir de meados da década de 1970, pautado em diretrizes nacionais e internacionais com influências de países como Inglaterra, Estados Unidos e Itália, o movimento antimanicomial que ficou conhecido como “Por uma sociedade sem manicômios”, e que teve como um dos resultados de sua luta a chamada Reforma Psiquiátrica que foi gradativamente sendo construída por meio de portarias e leis estaduais e federais e culminou com a promulgação da Lei nº. 10.216, de 2001, conhecida como Lei Paulo Delgado.<sup>11</sup>

O movimento de luta antimanicomial iniciou-se no interior dos hospitais psiquiátricos, calcado no valor da cidadania dos sujeitos tutelados dentro das instituições, “vindo a incidir sobre os próprios pressupostos da psiquiatria, a condenação de seus efeitos de normatização e controle”.<sup>12</sup> Assim, os direitos do doente mental e sua cidadania tornaram-se o argumento principal.

Desde então, a Reforma Psiquiátrica pertence a um campo heterogêneo que, segundo Tenório, “abarca a clínica, a política, o social, o cultural e as relações com o jurídico.”<sup>13</sup> Fruto dessas novas problematizações foi o processo de desinstitucionalização que se iniciou em todo o país, em que:

Não se restringe à reestruturação técnica, de serviços, de novas e modernas terapias: torna-se um processo complexo de recolocar o problema, de reconstruir saberes e práticas, de estabelecer novas relações. Por isso, é acima de tudo, um processo ético-estético, de reconhecimento de novas situações que produzem novos sujeitos, novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos.<sup>14</sup>

Para Amarante, estabeleceram-se novas relações entre as pessoas envolvidas, ou seja, familiares, usuários, funcionários das instituições, médicos, etc., quanto às mudanças nos serviços e terapias oferecidas, nos espaços que se reestruturaram para um melhor atendimento

---

<sup>10</sup> TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002. p. 34.

<sup>11</sup> O projeto de lei de Paulo Delgado é datado de 1989, sendo tramitado por mais de dez anos até a lei da Reforma Psiquiátrica de 2001. BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental 1990-2004**. 5.ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Paulo Delgado é professor e sociólogo, deputado federal pelo Partido dos Trabalhadores (PT) e o responsável pelo projeto de lei sobre a Reforma Psiquiátrica.

<sup>12</sup> TENÓRIO. 2002. Op. cit., p. 27.

<sup>13</sup> Ibidem. p. 28.

<sup>14</sup> AMARANTE, Paulo. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Cad. Bras. Saúde Mental**, v. 1, n. 1, jan-abr. 2009. p. 01.

aos usuários e na transformação dos conceitos habitualmente conhecidos e repercutidos. Para o autor, a própria noção de doença passou a ser desconstruída, assim como a da loucura e das práticas jurídicas que eram apoiadas por aqueles conceitos antigos que ainda pairavam sobre o “asilo.”<sup>15</sup> Como consequência dessas questões, não se fala mais em doença mental, mas sim em saúde mental, caracterizando no âmbito do saber o que Venâncio chamou de “nova psiquiatria”.<sup>16</sup>

Nesta direção, no estado do Paraná, em 1995, foi promulgada a Lei Estadual nº. 11.189 que buscava um novo modelo de assistência em saúde mental no estado defendendo, entre outras coisas, uma transformação dos hospitais psiquiátricos. A lei dispõe sobre a criação de novas condições para internação nos hospitais psiquiátricos, com maior rigor (sobre internação voluntária e involuntária) e indica uma substituição, gradativa do antigo sistema hospitalocêntrico, como também dos cuidados com as pessoas que possuíam sofrimento psíquico, por uma forma de tratamento que deve ser estabelecida por uma rede integrada de diversos serviços assistenciais.<sup>17</sup>

Mas, o HCAB apresentou, já no início de 1980, algumas modificações estruturais em seus pavilhões, buscando uma reorganização voltada aos usuários de longa permanência da instituição, ou seja, aos chamados usuários asilares, aqueles que estavam internados há um tempo significativo e que não tinham para onde ir, em caso de alta. Com isso, o presente trabalho propôs a seguinte questão: quais as condições de emergência dos discursos da Reforma Psiquiátrica na instituição e suas limitações quanto a realidade dos usuários asilares?

Os objetivos desta pesquisa foram os seguintes: apresentar e discutir quais foram as principais leis e portarias sobre a saúde mental, criadas a partir do movimento de redemocratização do país; contextualizar, a partir dos documentos oficiais do HCAB, os novos projetos desenvolvidos pela instituição a partir da década de 1980 e a quem eram direcionados; e, por fim, a problematizar as diversas memórias sobre o hospital e sobre o processo de Reforma Psiquiátrica.

As primeiras ações da Reforma Psiquiátrica no HCAB em 1980 não foram as únicas feitas nesse período. Tenório afirmou que, a partir da segunda metade de 1970, as primeiras mudanças dentro das instituições, com fins de remodelação, começaram a ser feitas, pautadas

---

<sup>15</sup> Idem.

<sup>16</sup> VENÂNCIO, Ana Teresa. A Construção Social da Pessoa e a Psiquiatria. Do Alienismo à "Nova Psiquiatria". **PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva**. Vol. 3. Número 2. 1993. p. 117-135. p. 117.

<sup>17</sup> BRASIL. 2004a. Op. cit., p. 53.

nas primeiras experiências com as residências terapêuticas que, no caso do HCAB, foram chamadas inicialmente de “Lares Abrigados”.

Essas novas experiências ganharam fôlego com dois eventos significativos nesse cenário de luta antimanicomial: a I Conferência Nacional em Saúde Mental e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, ambos ocorridos em 1987 e, ainda, quando em 1989, Paulo Delgado apresentou o projeto de lei da Reforma Psiquiátrica.

Esses eixos apontados por Tenório foram investigados em nossa pesquisa, mas já haviam sido problematizados, por exemplo, na tese de Míriam Thais Guterres Dias, sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira<sup>18</sup> que apontou as primeiras reestruturações no atendimento à saúde mental no estado do Rio Grande do Sul em 1980, o que segundo a autora foi decorrente de:

Um importante processo de mudança no campo político, com o fim do regime militar e a instauração do regime democrático, com eleição indireta para presidente da república, apesar de toda a mobilização pelas Diretas-Já. Este ambiente de retorno à democracia propicia as mudanças assinaladas no HPSP, que continua com o desafio de ofertar uma atenção mais qualificada e fazer parte de um sistema estadual de saúde mental.<sup>19</sup>

No Rio Grande do Sul a lei estadual da reforma é datada de 1992, três anos antes da lei paranaense, porém, ambas foram embasadas nos mesmos princípios básicos. De maneira semelhante, tanto as noções que surgiram apontadas por Tenório, quanto a instalação do regime democrático, foram fundamentais para compreender os grupos que se articularam em torno da edificação da Reforma Psiquiátrica. Identificar essas interconexões históricas foi primordial para evidenciar como se estabeleceu a dinâmica nas políticas sociais, no caso do Hospital Colônia Aduato Botelho, com força a partir da segunda metade de 1970 se estendendo a 1980 com o início de reformas nas instituições.

Portanto, a temática da pesquisa se insere em meio a uma complexa rede de inter-relações em que o tema da Reforma Psiquiátrica agrega, por sua vez, parte de identificações de grupos envolvidos no processo através da experiência e das sensibilidades com o outro e com a área de saúde mental. A reforma é um movimento que iniciou-se no interior dos hospitais psiquiátricos, tendo como força motriz a dos próprios funcionários, assistentes, médicos,

---

<sup>18</sup> DIAS, Míriam Thais Guterres. **A Reforma Psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental**: uma análise a partir do Serviço Residencial Terapêutico Morada São Pedro. Tese (Doutorado) – Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação Serviço Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2007. 292f.

<sup>19</sup> Ibidem. p. 81.

associação de usuários e de familiares e que depois espalhou-se pela a sociedade de forma mais ampla. Assim, é um olhar de dentro para fora, ou seja, dos próprios funcionários das instituições, envolto na experiência diária com os usuários.

A escolha do tema de pesquisa aqui referido advém de um estudo anterior dedicado ao processo de medicalização da vida humana, realizado durante os anos de 2013 a 2015.<sup>20</sup> Os fenômenos corriqueiros da vida humana que são enquadrados cada vez mais em termos médicos foram problematizados na pesquisa, bem como o uso constante e excessivo de psicofármacos que vem alcançando níveis cada vez mais alarmantes através de dispositivos de poder que estão localizados nas esferas mais dispersas e descontínuas da sociedade. A escola, a família, os sentimentos e os modos de viver a própria vida, estão sendo diagnosticados e enquadrados em termos médicos e biológicos, na qual a fronteira do que é normal e o que é patológico encontra-se ambígua e sem definição certa.

Tudo isso vem sendo problematizado a partir de dispositivos que criam diversas subjetivações através de um discurso de cunho biologizante, o que gerou a figura do anormal, reforçando estigmas e desvios segundo uma norma imposta. A sociedade estabelece meios de categorizar as pessoas e estabelece o que seria natural ou não o que, segundo Goffman quando, em meio social, conhecemos o outro, criamos pré-concepções sobre ele e assim, produzimos parâmetros e exigências normativas.<sup>21</sup>

Assim, a pesquisa desenvolvida sobre medicalização da vida humana propiciou a reflexão sobre a ordem psiquiátrica e sua condição de criar sintomas, doenças e proporcionar um conjunto de subjetivações aos indivíduos, quando o papel de doente é dado àquele que não produz e não se enquadra nas normas e expectativas da sociedade. Toda essa problemática instigou sobre o papel dos hospitais psiquiátricos e o tratamento da loucura, o que tornou possível trazer o debate sobre o HCAB, sendo esse uma instituição pública no Paraná.

Pensando a partir disso, nos chamou atenção o número de hospitais psiquiátricos privados dedicados à assistência à saúde mental que surgiram no Estado do Paraná, principalmente durante o período da Ditadura Civil Militar.<sup>22</sup> O que ocorreu no pós 1964 foi o "estabelecimento de convênios entre o governo estadual e hospitais privados, para a instalação

---

<sup>20</sup> A pesquisa foi realizada junto ao Grupo de Pesquisa Cultura, Etnias e Identificações (GPCEI) do departamento de História na Universidade Estadual do Centro-Oeste do Paraná (UNICENTRO).

<sup>21</sup> GOFFMAN, Erving. **Estigma: Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**. 4 ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1988.

<sup>22</sup> Ver em: WADI, Yonissa Marmitt. **Instituições de Assistência Psiquiátrica do Estado do Paraná**. Inventário. 1. ed. Guarapuava - Cascavel: Editora UNICENTRO; EDUNIOESTE, 2012.

de leitos psiquiátricos no interior do Estado".<sup>23</sup> Mas, em todo caso, crescia o número de indivíduos sujeitos a doenças diversas que careciam de atendimento.

Ademais, compreender como foi sendo estabelecida a política assistencial psiquiátrica no Paraná, no período de redemocratização, foi de extrema importância no que concerne ao próprio entendimento e redefinição de doença mental enquanto questão de saúde pública.

Para tanto, a abordagem proposta nesta dissertação está inserida na chamada História da Loucura e da Psiquiatria, ou seja, um conjunto de pesquisas que tem como eixo principal as discussões em torno da loucura enquanto experiência social, percebida em diferentes formas, em temporalidades e espacialidades diversas, mas que privilegia suas interrelações com a psiquiatria, mas também com a psicanálise e a psicologia. Assim, as perspectivas teóricas, as ferramentas de análise e os objetos de estudo são múltiplos, o que propicia um estudo bastante abrangente quando se fala em loucura ou saber psiquiátrico. Questões como poder, saber, assistência, instituições, dispositivos disciplinares, subjetivações e o próprio conceito do que se entende por loucura, foram algumas das problemáticas levantadas.

A história da loucura foi marcada por uma descontinuidade nos seus estudos a partir da proposta de Michel Foucault em *História da Loucura na Idade Clássica*,<sup>24</sup> em que o autor nos apresentou o percurso da loucura até se tornar um objeto da ciência médica, nesse caso, tornando-se medicalizada.

A obra de Foucault nos serviu de ponto de partida para que pudéssemos compreender de que forma o saber sobre a loucura foi se constituindo e tomando caminhos de rupturas e modificações, chegando aos dias atuais com as novas problemáticas acerca da saúde mental. Nesse caso, pensar em loucura é questionar seu estatuto social, da mesma forma que falar em ordem médica é entender que toda medicina, de forma inevitável, possui cunho e imbricações diretamente sociais. Pensar como os discursos sobre a loucura geraram saber e práticas foi uma das discussões centrais da obra e, que se tornou um divisor de águas nos estudos sobre o tema.

Com isso, o debate historiográfico em torno da loucura, passou por redefinições e novas problematizações no decorrer dos anos, inserindo novos objetos de análise, novas fontes e possibilidades. Alguns trabalhos de historiadores indicaram as mudanças na historiografia, como. Temos, por exemplo, Cristina Sacristán que em seu artigo *Historiografía de la locura y*

---

<sup>23</sup> WADI, Yonissa Marmitt; OLINTO, Beatriz Anselmo; CASAGRANDE, Attiliana De Bona. Filantropia, privatização e reforma: cenários da assistência psiquiátrica no estado do Paraná. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.22, n.4, out.-dez. 2015b. p.1353-1371. p. 1359.

<sup>24</sup> FOUCAULT, Michel. *História da loucura: na Idade Clássica*. 9 ed. São Paulo: Perspectiva, 2013a.

de la psiquiatría en México. De hagiografía a la historia posmoderna<sup>25</sup> fez um balanço da historiografia mexicana sobre loucura, perpassando algumas perspectiva historiográficas do século XIX ao século XX e seu tratamento quanto aos objetos de análise propostos nas diferentes temporalidades.

Nesse mesmo caminho, em *Historia de la psiquiatría ¿Por qué? ¿Para qué?*, Rafael Huertas fez uma contextualização das principais formas de escrita sobre a loucura e os principais objetos de análise.<sup>26</sup> Segundo o autor, é possível dividir este campo historiográfico em três momentos: a produção de uma historiografia em que prevalecia a visão do médico psiquiatra, uma historiografia chamada *tradicional* ou *pioneira*; a corrente *crítica* ou *revisionista*, que emergiu entre os anos 1960 e 1970, baseada principalmente nos estudos de Michel Foucault<sup>27</sup>; e uma variação da chamada *história vista de baixo* que discutia o que os médicos expunham em seus estudos e o que faziam realmente em seus consultórios, ao mesmo tempo em que incorporava fontes que apresentam o discurso dos pacientes.

Para esta dissertação, Michel Foucault foi um autor indispensável para compreender como foram criadas e estabelecidas as sensibilidades sobre a loucura, que perpassa todo um debate acerca do que é razão e desrazão, até o apogeu da medicalização plena da loucura e sua transformação em objeto patológico no campo médico. Porém, há algumas ressalvas a serem feitas.

Se, na atualidade, compreendemos o hospital como um conjunto de regras, poderes e saberes específicos, que, por sua vez, possuem legitimidade científica e um discurso de verdade a partir de métodos próprios com conotação de cunho medicalizante, o início de sua estruturação (século XVIII) não correspondia a essas características. Temos, como demonstrou Michel Foucault em *História da Loucura na Idade Clássica*<sup>28</sup>, a instituição

<sup>25</sup> SACRISTÁN, Cristina. Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De hagiografía a la historia posmoderna. **Frenia: Revista de Historia de la Psiquiatría**. Madrid, v. V, n. 1, 2005, p. 9-33.

<sup>26</sup> HUERTAS, Rafael. Historia de la Psiquiatría, ¿Por qué?, ¿Para qué? Tradiciones Historiográficas y Nuevas Tendencias. **Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría**, Madrid, v. I, n. 1, 2001, p. 9-36.

<sup>27</sup> Para Huertas essa historiografia crítica constituiu-se a partir de ao menos três tradições distintas. A primeira é habitualmente identificada com a obra de Michel Foucault e seus seguidores, a segunda com uma história social que pensava o louco marginalizado e as práticas dessa exclusão, e por fim, a terceira com uma história social da medicina, na qual destaca-se a obra *Madness in Society* de George Rosen, em que o autor incorpora os discursos da saúde mental à uma história social e cultural. Mas também somam-se a esse grupo autores que, segundo Venâncio e Cassilia, seguiam a obra de Marc Bloch através da sua obra *Apologia da História* e dos *Annales*, com reflexão sobre as “atividades humanas no tempo.” Além disso, nesse mesmo período surgem trabalhos de cunho antropológico, embasados em estudos culturais, em que se fez uma abordagem sobre como a loucura foi e é entendida pela psiquiatria. Os estudos buscavam relacionar a doença mental com práticas sociais e culturais, e a psiquiatria deveria ser entendida “como experiência de vida, como expressão de diagnósticos diferenciados de representações de pessoa e de mundo.” Ver em: VENÂNCIO, CASSILIA. 2010. Op. cit. HUERTAS. 2001. Op. cit.

<sup>28</sup> FOUCAULT. 2013a. Op. cit.

representando um caráter de recolhimento de pessoas que apresentassem algum desvio de conduta frente à sociedade. Loucos, ladrões, leprosos dividiam o mesmo espaço asilar durante o que o autor chamou de “grande internação” (século XVII e XVIII), por corresponderem certo perigo social, mas isso estava longe de critérios patológicos.

O hospital se inseria dentro de diretrizes tutelares, em que a presença do médico ainda não era requerida e representava o papel apenas de cuidar daqueles que já estavam morrendo, não daqueles que precisavam de cura e de cuidados médicos, ou seja, o hospital era um lugar para morrer. Segundo Foucault, a instituição hospitalar se apresentava como obra caridade, em que o médico e o hospital eram independentes um do outro. Somente a partir do século XVIII que a medicina se estabeleceu como ciência e começou a edificar seus domínios dentro da instituição.

O que o autor explicitou foi que, aos poucos, a loucura foi se desvinculando da ideia de desrazão e adentrando no campo do alienismo (ou seja, como objeto de uma determinada ciência) e, assim, as práticas e saberes sobre o que seriam esses indivíduos na sociedade tomaram fôlego com o nascimento da ciência médica e, no caso, a psiquiatria como uma ramificação desse saber.

Muitas críticas foram feitas aos primeiros estudos foucaultianos sobre os manicômios, como em *História da Loucura: na Idade Clássica*, datado de 1961, principalmente ao se pensar a instituição apenas como lugar apenas de repressão. Segundo Sacristán, mesmo após esse modelo asilar ser colocado em xeque ao passar do tempo, os psiquiatras continuaram carregando a marca inicial do manicômio.<sup>29</sup>

Dentre as vertentes da história da loucura e da psiquiatria, nossa pesquisa partiu das premissas de uma “história com sujeito”, em que as noções de Michel Foucault não foram abandonadas, mas sim, lidas de outra forma para além da noção de poder como algo puramente repressivo.<sup>30</sup>

O que se apresenta hoje é a possibilidade de compreender a assistência psiquiátrica e o contexto sócio-político em que podem ser estudadas questões externas à psiquiatria, ou ainda, as experiências do dia-a-dia, seja de profissionais da saúde, seja dos usuários, ou ainda, a visão destes e das famílias, já que segundo Joan Scott “os sujeitos são constituídos pela experiência e é ela que é preciso conhecer.”<sup>31</sup>

<sup>29</sup> Ver em: SACRISTÁN, Cristina. La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. **Cuicuilco**. Vol. 16, número 45, enero-abril, 2009. p. 163-189.

<sup>30</sup> WADI, Yonissa Marmitt. “Entre muros”: os loucos contam o hospício. **Topoi**, v. 12, n. 22, jan.-jun. 2011, p. 250-269.

<sup>31</sup> SCOTT, Joan. A invisibilidade da experiência. **Projeto História**. São Paulo, (16), fev. 1998. p. 27.

A bibliografia de referência para a construção desta dissertação foi dividida entre os seguintes eixos: 1) textos teórico-metodológicos que tratam sobre a loucura e suas representações no campo psiquiátrico e social, além de conceitos mais gerais que norteiam e dialogam com a mesma perspectiva teórica; 2) trabalhos pautados na problematização do que é a Reforma Psiquiátrica e suas principais características; 3) estudos que priorizaram o estudo de instituições, suas práticas e saberes, com foco nos estudos sobre o HCAB. Os demais trabalhos que abordaram casos específicos da Reforma Psiquiátrica em outras regiões do Brasil foram inseridos no decorrer desta pesquisa conforme seu grau de significância.

Apresentamos a seguir algumas referências importantes para a construção deste trabalho, além das já discutidas anteriormente que permitiram incluí-lo num campo historiográfico, o da História da Loucura e da Psiquiatria.

Como já ressaltado, os trabalhos de Michel Foucault foram essenciais nesta pesquisa, pois oferecem aportes relevantes tanto sobre loucura, dispositivos, quanto sobre práticas, relações de poder, saberes e discursos, noções centrais nesta pesquisa, que serão melhor precisados ao longo dela. Obras como *História da Loucura na Idade Clássica*,<sup>32</sup> *A Ordem do Discurso*,<sup>33</sup> *Nascimento da Clínica*<sup>34</sup>, *História da Sexualidade I, II, III*<sup>35</sup>, *O Poder Psiquiátrico*<sup>36</sup>, entre outros textos distribuídos em obras como as coletâneas de *Ditos e Escritos*, oferecem problematizações que se completam no decorrer das publicações. É importante ressaltar que as obras não oferecem ao pesquisador um conceito fechado sobre os assuntos tratados, mas sim, possibilidades de análise.

Dessa maneira, este trabalho propôs uma compreensão das experiências que podem ser entendidas, segundo Michel Foucault, como “uma correlação, em uma cultura, entre campos de saber, tipos de normatividade e de elaboração de subjetividades.”<sup>37</sup> Para Michel Foucault, o poder também é produtivo, cria subjetivações, constrói, destrói e reconstrói. As relações de poder não estão na superestrutura, ou seja, não estão em posição de exterioridade e onde há

---

<sup>32</sup> FOUCAULT, 2013a. Op. cit.

<sup>33</sup> FOUCAULT, Michel. **A Ordem do Discurso**: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 23. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2013b.

<sup>34</sup> FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2017.

<sup>35</sup> FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I**: a vontade de saber. 3. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2015a.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade II**: o uso dos prazeres. 1. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2014a.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade III**: o cuidado de si. 1. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2014b.

<sup>36</sup> FOUCAULT, Michel. **O Poder Psiquiátrico**: curso dado no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006.

<sup>37</sup> FOUCAULT, Michel. **Ditos e escritos, volume V**: ética, sexualidade, política. 3 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2014c. p. 188.

poder, há resistências. Assim, foi possível olhar a instituição para além da ideia de ser um espaço puramente de controle social.

Entender os sujeitos – sejam eles funcionários, médicos ou usuários – como constituídos através de situações diversas e dos múltiplos discursos, é também compreender a noção de poder de Foucault, na medida em que para o autor, o poder é um conjunto de relações abertas que não surge em um determinado momento ou sob determinada circunstância, pois, sendo assim, teríamos de investigar a gênese dessas relações. Foucault se opõe a isto, já que para ele isso caracteriza uma volta às origens e, essas relações diversas de poderes, uma pessoa não as detém, mas sim as exerce.<sup>38</sup> Portanto, não se deve buscar a origem das experiências, como também pontua Scott,<sup>39</sup> mas sim como se efetuam e a partir do que.

Quanto ao poder, como já explicitado, suas relações são desiguais e móveis, não são uma coisa fixa ou uma mercadoria, mas sim, a operação de “tecnologias políticas no corpo social”.<sup>40</sup> Assim, nesta pesquisa, levamos em consideração a rede microfísica de poder dentro e fora da instituição, que dá forma e contorno às ações e práticas presentes em seu meio. Isso significa que é preciso observar como se operam esses poderes no nível de uma microfísica do poder, ou seja, nas pequenas relações que se engendram, que são multidirecionais e produtivas.

Uma referência importante foi o trabalho de Sandra Caponi que, em seu livro *Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*,<sup>41</sup> fez um mapeamento do que já significou a loucura e de como a psiquiatria se formou enquanto encarregada de eliminar os males sociais e, mais tarde, de controlá-los. Partindo de uma visão foucaultiana, a obra de Caponi nos ajudou a ampliar e entender mais densamente como se formou a ciência psiquiátrica e como a sociedade respondeu à sua influência.

Ao se falar em loucura, se fez presente também o termo "estigma" palavra utilizada nesta pesquisa, a partir do trabalho de Erving Goffman, *Estigma: Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*.<sup>42</sup> Nesta obra, o autor discorreu sobre a identidade individual (o que o indivíduo realmente é) e a identidade social e das relações em grupo, o que o autor chama de identidade social-virtual. Para a corrente pesquisa, refletir sobre como se criaram

---

<sup>38</sup> FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014d. p. 182.

<sup>39</sup> SCOTT. 1998. Op. cit.,

<sup>40</sup> DREYFUS, Hubert L. RABINOW, Paul. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013. p. 244.

<sup>41</sup> CAPONI, Sandra. **Loucos e Degenerados: Uma genealogia da psiquiatria ampliada**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.

<sup>42</sup> GOFFMAN. 1988. Op. cit.

essas identidades sociais e virtuais foi um aporte para pensar sobre a diferença e a imagem deteriorada da loucura.

Sobre Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica, vários foram os textos importantes que contribuíram para o entendimento dos processos que constituíram o movimento da reforma. Os textos de Paulo Amarante foram indispensáveis no entendimento de todo o movimento no Brasil. O autor lançou um olhar mais atento sobre as principais diretrizes que embasaram a reforma e a realidade que acompanhou e acompanha o discurso de desinstitucionalização. Entre as suas principais publicações, nosso estudo utilizou textos como *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*,<sup>43</sup> *Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil*,<sup>44</sup> *A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica*,<sup>45</sup> *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*,<sup>46</sup> *Reforma Psiquiátrica e Epistemologia*<sup>47</sup> e *Medicalização em Psiquiatria*<sup>48</sup>.

Fernando Tenório contribuiu com a discussão sobre o processo de desinstitucionalização com seu artigo *A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito*<sup>49</sup> que trouxe um panorama acerca dos movimentos na saúde mental desde 1980 até 2001 com a Lei Paulo Delgado. O texto de Tenório ajudou a esclarecer quais as principais diferenças da luta antimanicomial brasileira frente às experiências anteriores do trato com a saúde mental e, por fim, fez uma análise da lei da Reforma Psiquiátrica aprovada.

Verificou-se, igualmente, um número expressivo de teses e dissertações, tanto no campo da História quanto do campo da Saúde, que estudaram o processo de Reforma Psiquiátrica como um todo. Uma das dissertações que serviu como referencial teórico importante sobre a Reforma Psiquiátrica, na área de saúde pública, foi a de Silvio Yasui intitulada *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira* um debate teórico-conceitual sobre o

---

<sup>43</sup> AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro, SDE/ENSP, 1995a.

<sup>44</sup> AMARANTE, Paulo. *Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil*. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, jul/set, 1995b.

<sup>45</sup> AMARANTE, Paulo. *A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica*. In AMARANTE, P. (coord.) **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Nau, 2003. p. 45-66.

<sup>46</sup> Amarante Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

<sup>47</sup> AMARANTE. 2009. Op. cit.

<sup>48</sup> AMARANTE, Paulo. FREITAS, Fernando. **Medicalização em Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2015.

<sup>49</sup> TENÓRIO. 2002. Op. cit.

processo da Reforma, focando na sua dimensão “civilizadora.”<sup>50</sup> O autor apontou em seu trabalho que o termo civilizador foi um dos termos mais recorrentes encontrados no movimento antimanicomial. Assim, a partir disso, buscamos compreender como se estruturaram os discursos da reforma e quais foram os termos mais recorrentes que a endossaram durante o nosso recorte temporal proposto. Pensar essa relação do movimento quase que de cunho pedagógico para os envolvidos e para a sociedade, caracteriza uma das facetas mais claras das sociedades discursivas.

No que tange à presente pesquisa, tal discussão se tornou pertinente para pensarmos a relação entre Estado e sociedade, já que Yasui possibilitou a problematização de aspectos políticos, epistemológicos, jurídicos e socioculturais, pois se vê as diferentes brechas e formas de mobilização que ajudaram a levantar a bandeira da reforma. Com base nessas questões, nossa pesquisa, ao partir do conceito de relações de poder de Michel Foucault, possibilitou ver que as diretrizes desse processo antimanicomial não aconteceram apenas de uma instância maior para uma menor, mas que estavam disseminadas pelo campo social em diferentes escalas e posições.

Outra referência foi o trabalho de Eduardo Henrique Guimarães Torre, *A reforma psiquiátrica como empresa social: um estudo sobre a reorientação do modelo assistencial nas políticas públicas de saúde mental*<sup>51</sup>, uma dissertação também da área de saúde pública, mas que apresentou suas discussões em diálogo com Michel Foucault e Gilles Deleuze. O autor buscou fazer uma análise genealógica da Reforma Psiquiátrica, algo que também foi proposto por este trabalho, atestando pontos como a positividade do poder, criação de regimes de visibilidade dos sujeitos, tecnologias e dispositivos de relações de poder na invenção de sujeitos e objetos para além de uma abordagem que venha do Estado e que tenha cunho estritamente jurídico-político, tentativas de instauração de verdades, entre outros. Logo, a proposta de pesquisa que se segue dialogou com a dissertação de Torre tanto metodologicamente quanto teoricamente o que a tornou essencial nessa revisão bibliográfica.

Foi igualmente de extrema importância ter como referência obras que analisaram como foi o movimento que levou a promulgação da lei federal de Reforma Psiquiátrica em 2001, levando em conta os debates, as medidas políticas e sociais. Paulo Amarante é um dos nomes

<sup>50</sup> YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros**: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Tese (Doutorado em Ciências na Área de Saúde) Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz – ENSP – FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2006. 208f.

<sup>51</sup> TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. **A reforma psiquiátrica como empresa social**: um estudo sobre a reorientação do modelo assistencial nas políticas públicas de saúde mental. Dissertação (Mestrado em Ciências na Área de Saúde) Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz – ENSP – FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2004. 192f.

que discutem essa questão, mas para atender essa necessidade, também utilizamos como base a tese de Rosemary Corrêa Pereira que discutiu toda a mobilização que levou a prática da Lei Paulo Delgado. Com o título de *Políticas de Saúde Mental no Brasil: O Processo de Formulação da Lei de Reforma Psiquiátrica (10.216/01)*<sup>52</sup> a tese, também da área de saúde pública, procurou delimitar os atores, grupos de interesses e cenários envolvidos no debate legislativo. Além disso, Pereira utilizou como norte na análise das políticas públicas as agências públicas fazedoras de políticas, os atores que “fazem” acontecer as políticas, os mecanismos, critérios e decisões institucionais para “fazer” políticas e as variáveis externas que influenciaram no processo.

Outra referência foi a dissertação em história de Ricielle Majorí Reis Pombo, *A nova política de saúde mental: entre o precipício e paredes sem muros (Uberlândia – 1984/2006)*<sup>53</sup>, que fez, em um de seus capítulos, estudo de caso da clínica de Reabilitação Jesus de Nazaré. Um dos fatores primordiais, na dissertação de Pombo, que interessaram a este trabalho, foi o debate entre a legislação estadual e federal feita em seu primeiro capítulo, mostrando o processo da reforma no âmbito político-jurídico. A abordagem da autora partiu das primeiras portarias sobre o processo de desinstitucionalização, perpassando pela Lei Paulo Delgado de 2001, o que nos permitiu compreender como se constituíram os atendimentos paralelos às clínicas dentro de Minas Gerais, ou seja, os ambulatórios, CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), entre outros. Essa análise da autora proporcionou uma referência para se trabalhar o caso do Paraná, visto que em 1995 tivemos as primeiras portarias acionadas e a Lei Estadual de Reforma dentro do Estado.

Sobre os sujeitos usuários de sistemas de assistência psiquiátrica, os textos de Yonissa Marmitt Wadi foram imprescindíveis para compor esta pesquisa. O artigo *Entre muros”: os loucos contam o hospício*<sup>54</sup> trabalhou o campo da história da loucura e da psiquiatria, fazendo uma breve análise historiográfica em diálogo com autores também utilizados em nossa pesquisa e, em um segundo momento, utilizando de fontes escritas por internos em instituições psiquiátricas, fez transpor para além dos muros da instituição vozes pertencentes a esse cenário.

---

<sup>52</sup> PEREIRA, Rosemary Corrêa. **Políticas de Saúde Mental no Brasil: O Processo de Formulação da Lei de Reforma Psiquiátrica (10.216/01)**. Tese (Doutorado em Ciências na Área de Saúde) Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz – ENSP – FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2004. 245f.

<sup>53</sup> POMBO, Ricielle Majorí Reis. **A nova política de saúde mental: entre o precipício e paredes sem muros (Uberlândia – 1984/2006)**. Dissertação (Mestrado em História) Universidade Federal de Uberlândia – UFU. Uberlândia, 2007. 205f.

<sup>54</sup> WADI. 2011. Op. cit.

Também de Wadi, mas pensando agora mais especificamente o Paraná, o texto *Uma história da loucura no tempo presente: os caminhos da assistência e da reforma psiquiátrica no estado do Paraná*<sup>55</sup> foi essencial para nosso trabalho, pois apresentou, além de um panorama geral do que foi a Reforma Psiquiátrica em nível nacional, os aspectos relevantes do movimento no estado do Paraná.

Sobre o Paraná, elencamos igualmente o artigo publicado por Yonissa Marmitt Wadi, Beatriz Anselmo Olinto e Attiliana De Bona Casagrande intitulado *Filantropia, privatização e reforma: cenários da assistência psiquiátrica no estado do Paraná*<sup>56</sup> que discutiu sobre as diferentes configurações da assistência psiquiátrica no Paraná com suas especificidades e o diálogo com as políticas públicas nacionais. O artigo apresentou um mapeamento das instituições públicas e privadas do Estado, dando ênfase ao Hospital Colônia Adauto Botelho, o que nos possibilitou assimilar qual o papel deste na região dentre os demais, retrocedendo ao começo do século passado para “perceber as estratégias de adaptação e de sobreposição dessas instituições de confinamento”<sup>57</sup>. Assim, com base nessa analítica institucional feita pelas autoras, podemos entender como essa instituição foi concebida no início.

Para uma melhor compreensão da instituição, o HCAB gestado como um hospital colônia, o texto de Ana Teresa Venâncio *Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX*<sup>58</sup> forneceu uma base sólida na discussão da criação dos primeiros hospitais nos moldes de colônia e suas principais características em diálogo com as políticas públicas de saúde no Brasil.

Especificamente sobre o HCAB, uma referência importante foi a dissertação de Attiliana De Bona Casagrande intitulada *Dependência química, biopolítica e a reconfiguração dos mecanismos disciplinares: a experiência do hospital colônia Adauto Botelho, PR (1983-2012)*<sup>59</sup>. A dissertação de Casagrande proporcionou um olhar para dentro do HCAB, visto que o recorte temporal escolhido pela autora foi próximo da proposta desta dissertação, permitindo problematizações mais contundentes acerca da instituição. Buscando um comparativo com as leis que regem interna e externamente os usuários com dependência

---

<sup>55</sup> WADI. 2009. Op. cit.

<sup>56</sup> WADI. OLINTO. CASAGRANDE. 2015b. Op. cit.

<sup>57</sup> Idem. p. 1351.

<sup>58</sup> VENÂNCIO. 2011. Op. cit.

<sup>59</sup> CASAGRANDE, Attiliana De Bona. **Dependência química, biopolítica e a reconfiguração dos mecanismos disciplinares: a experiência do hospital colônia Adauto Botelho, PR (1983-2012)**. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política. Florianópolis, SC, 2015. 258 p.

química, a autora mostrou, a partir de livros de registros, como se constituiu um padrão ao tratamento desses sujeitos. A ideia de diagnóstico foi bastante ressaltada com vistas a problematização do controle de dependência química.

Ainda sobre o HCAB, utilizamos outros dois artigos de Wadi e Casagrande que foram importantes para este trabalho. O primeiro foi o texto *Os primeiros anos do Hospital Colônia Adauto Botelho: em busca de uma instituição modelar (Paraná, 1954-1958)*<sup>60</sup> que foi fundamental para um melhor entendimento da instituição em seus primeiros anos de funcionamento. Na mesma linha, temos o artigo *Políticas de saúde e assistência psiquiátrica no Brasil: o ideário dos hospitais-colônia e a construção do Adauto Botelho no Paraná, anos 1950*<sup>61</sup> que abordou sobre a construção do hospital em consonância com as diretrizes internacionais da construção dos hospitais colônia, as políticas nacionais e as regionais.

Sendo apresentado nosso referencial bibliográfico, a construção metodológica da pesquisa utilizou duas ferramentas de análise de fontes que foram, em primeiro lugar, a análise de discursos, e em segundo lugar, a história oral.

Parte dos documentos textuais utilizados para compor nossa análise foram os documentos administrativos, atas do conselho local de saúde do HCAB, relatórios da direção do hospital, principalmente voltados aos projetos internos encaminhamentos à Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, entrevistas com funcionários da instituição, entre outros. A outra parte foi composta por leis e portarias, a fim de compreender o âmbito político da instauração de políticas públicas da saúde mental e da Reforma Psiquiátrica no Paraná.

A opção metodológica pela análise de discurso para analisar tais documentos, por meio da teoria de Michel Foucault, se tornou pertinente, pois, ao trabalhar a ideia de sociedade discursiva, o autor permitiu observar a produção material de um documento, cuja análise deve levar em consideração seus jogos de verdade. O hospital possui regras próprias que são expostas através de uma polifonia de discursos e, assim, estrutura seus componentes a partir de um círculo de códigos específicos. Um documento derivado dessa sociedade de discurso em particular é assim dotado de especificidade e de historicidade própria. Segundo Foucault:

Como forma de funcionar parcialmente distinta há as “sociedades de discurso”, cuja função é conservar ou produzir discursos, mas para fazê-los

---

<sup>60</sup> WADI, Yonissa M. CASAGRANDE, Attiliana De Bona. Os primeiros anos do Hospital Colônia Adauto Botelho: em busca de uma instituição modelar (Paraná, 1954-1958). **Anais do XXVI Simpósio Nacional de História**, ANPUH. São Paulo, julho 2011. p. 1-18.

<sup>61</sup> WADI, CASAGRANDE. 2015a. Op. cit.

circular em um espaço fechado, distribuí-los somente segundo regras estritas, sem que seus detentores sejam despossuídos por sua distribuição.<sup>62</sup>

Assim, uma sociedade discursiva médica é diferente de uma política ou econômica e, por sua vez, um código de regras e normas de um hospital se difere de outro. Não há um modelo a ser seguido, o que resulta, nesse caso, nos materiais e documentos oriundos desses meios que não possuem uma lógica estrutural comum.

De tal modo, foi necessário pensar essa materialidade da fonte questionando alguns pressupostos como: Que processos envolveram sua escrita? O que permite conhecer acerca das histórias dos sujeitos, da instituição e de suas práticas? Que interesses e relações dessa sociedade médica discursiva estão alinhados nos documentos?

Nesse sentido, as entrevistas com pessoas que trabalharam e trabalham na instituição desde 1980, principalmente enfermeiras e enfermeiros, foram de extrema importância por serem pessoas envolvidas no processo de Reforma Psiquiátrica. Outra entrevista importante foi feita com o articulador da Lei Estadual da Reforma Psiquiátrica de 1995, o médico Florisvaldo Fier, conhecido por Doutor Rosinha. Aqui, entendeu-se que todos esses materiais são discursos e assim, ao mesmo tempo em que pretendemos fazer uso da metodologia da análise de discurso, a metodologia da história oral foi igualmente um aporte.

Primeiramente, não se trata de fazer história oral como se esta estivesse se contrapondo a um modelo de escrita, mas sim refletir sobre um determinado tipo de fonte. Segundo Regina Guimarães Neto (2006), “é necessário reconhecer que a fonte oral não é o outro da fonte escrita: fazem parte, tanto uma quanto outra, do sistema escriturístico moderno, operado com os mesmos códigos de referências culturais (sem postular uma origem única).”<sup>63</sup>

A operação oral é também vista como uma produção discursiva em que se inserem normas, desejos, regras e fugas. No caso desta pesquisa, a história oral, no entanto, disse respeito tanto ao evento (a reforma psiquiátrica no HCAB), como também ao lugar e ao significado do evento dentro da vida dos entrevistados. Para Alessandro Portelli, nesse caso, a problemática da memória é fundamental, pois a oralidade “é um processo contínuo de elaboração e reconstrução de significados”.<sup>64</sup> Portelli, ao se referir ao processo de reconstrução de significados, atentou sobre um cuidado quanto ao papel da oralidade nas

<sup>62</sup> FOUCAULT. 2013b. Op. cit., p.37.

<sup>63</sup> GUIMARÃES NETO, Regina B. Los espacios múltiples de la memoria y de la violencia: narrativas orales y prácticas culturales entre los trabajadores de la Amazonia, Brasil. **Words and Silence/Palabras y Silencios**, México, v. 3, n. 2, 2006. p. 47.

<sup>64</sup> PORTELLI, Alessandro. **História oral como arte da escuta**. São Paulo: Letra e Voz, 2016. p. 18.

reflexões subjetivas que envolvem cada entrevista, pois são essas que acabam dando sentido a uma experiência evocada.

Ainda, conforme Portelli, a oralidade como os demais documentos ressaltados aqui, não gera textos, mas gera performances, pois não estamos trabalhando com discursos finalizados, mas sim com discursos em processo, lugares de fala que, por sua vez, exercem variados poderes e deslocamentos.<sup>65</sup>

Contudo, a nossa preocupação foi de “questionar a vontade de verdade presente nos documentos, restituir ao discurso seu caráter de acontecimento e suspender a soberania do significante”.<sup>66</sup> Destarte, os documentos, nessa perspectiva, não dizem a história, não irão recuperar o passado e nem ressuscitar vozes. O cuidado está na capacidade dos discursos proporcionarem análises críticas, sempre mediadas pela operação historiográfica e no modo de tornar os objetos pensáveis, ou seja, pensar a produção de sentido desses discursos reconhecendo as condições que os permitiram.

No caso da análise aqui proposta, tais orientações foram sobremaneira proveitosas, pois se tratava de um extensivo rol documental. Para que se chegasse aos resultados apresentados nas páginas seguintes, a análise de discurso, a identificação dos sujeitos da instituição, a caracterização das práticas do hospital, a exploração da natureza das transformações ocorridas no HCAB ao longo dos anos e a investigação sobre pontos de destaque da Reforma Psiquiátrica foram mobilizados.

No primeiro capítulo, delineamos a base jurídica que embasou todo o processo de Reforma Psiquiátrica no estado do Paraná, mobilizando leis e portarias. Parte constitutiva dos anseios do movimento antimanicomial foi anterior a qualquer política pública, sendo iniciado anteriormente às leis que efetivaram a reforma, o que mostrou um movimento interior dos hospitais psiquiátricos, para que então se chegasse a instâncias maiores e se traçasse o percurso das modificações políticas.

As primeiras ações reformistas dentro do HCAB, ainda na década de 1980 com mudanças de cunho estrutural dentro da instituição, visando, principalmente, os usuários asilares, foram analisadas no segundo capítulo. Nesse caso, tornou-se evidente que foram esses usuários que deram contorno as reformas dentro do hospital, sendo o eixo central das discussões sobre desinstitucionalização e ressocialização.

---

<sup>65</sup> Idem.

<sup>66</sup> FOUCAULT, 2013b. Op. cit., p. 48.

O terceiro capítulo foi dedicado a análise das entrevistas a fim de trazer o debate sobre a construção de memórias do HCAB e do processo de Reforma Psiquiátrica como um todo. Dessa maneira, refletir como diferentes grupos constroem seus discursos, a partir de suas experiências com o campo de saúde mental e sobre a loucura, foi o eixo central que norteou a discussão.

Por fim, é importante reafirmar que, analisar os caminhos que levaram ao processo de Reforma Psiquiátrica no HCAB entre 1980 e 2002, foi o objetivo desta dissertação, considerando que o HCAB foi também um centro irradiador de uma consciência social crítica da Reforma Psiquiátrica, de um compartilhamento público, de uma discussão histórica e da memória da loucura.

## CAPÍTULO 1

### OS ESTATUTOS JURÍDICOS QUE LEGITIMAM O MOVIMENTO POR UMA REFORMA PSIQUIÁTRICA: A GARANTIA DO DIREITO À ASSISTÊNCIA

Toda a história que envolve a Psiquiatria enquanto um saber e uma prática foi, e ainda é marcada, por relações sociais, políticas e culturais, fazendo com que toda a sua estruturação seja delimitada pelos contextos específicos em que está inserida. Dessa maneira, também é necessário atentar sobre a relação da Psiquiatria com os aspectos jurídicos que a norteiam, que também são resultantes de um processo histórico marcado por mudanças e ressignificações.

Para delinear o caminho traçado nesta dissertação, foram consideradas as afirmações de Birman e Costa que apontaram que a Psiquiatria clássica veio passando, nas últimas décadas, por uma crise teórica e prática, mudando o seu objeto principal que deixou de ser “doença mental”, para ser a promoção da “saúde mental”.<sup>67</sup> O próprio discurso muda, de acordo com as realidades específicas de cada contexto social e das exigências advindas de novas experiências que envolvem, não só o topo da pirâmide médica, mas sim os funcionários, os familiares e usuários.

Para os autores citados, dois momentos após a Segunda Guerra Mundial foram decisivos para que pudesse emergir uma nova Psiquiatria, que realizou uma crítica da estrutura asilar e buscou a prevenção em saúde mental no espaço público. O primeiro período foi um debate conhecido, que abordou sobre a cronificação das doenças, principalmente quando se fala em usuários de longa permanência que residem em hospitais psiquiátricos. Para Birman e Costa:

Esta crítica envolve um longo percurso, gerando-se no interior do hospício até atingir a sua periferia: inicia-se com os movimentos das Comunidades Terapêuticas (Inglaterra e EUA) e da Psicoterapia Institucional (França), atingindo o seu extremo com a instalação das Terapias de Família.<sup>68</sup>

Juntamente com essa ideia, a Psiquiatria preventiva veio ao encontro de uma nova experiência que foi a de promover a saúde mental na comunidade geral, em que a terapêutica deixou de ser individual para ser coletiva, representando um novo projeto.

---

<sup>67</sup> BIRMAN, Joel. COSTA, Jurandir. Freire. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Org). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994. p. 41-72.

<sup>68</sup> Idem. p. 44.

Michel Foucault, nesse sentido, apontou como o movimento em torno do conceito de biopolítica fez com que o poder passasse a ser exercido positivamente sobre a vida, empreendendo sua gestão, sua majoração, sua multiplicação e o exercício sobre ela, de controles precisos e regulações. Dessa maneira “o homem, durante milênios, permaneceu o que era para Aristóteles: um animal vivo e, além disso, capaz de existência política; o homem moderno é um animal cuja política em sua vida de ser vivo está em questão”.<sup>69</sup>

Mas, à medida que esse projeto social se constituiu em nossa sociedade, novas propostas de reformulação do espaço asilar igualmente se estabeleceram, fazendo com que a garantia do direito à assistência psiquiátrica também começasse a ser repensada sob novos prismas, indo para além da questão de interesse de saúde em prol do governo. Assim, ao final da década de 1970, no Brasil, novos projetos e novas práticas em torno da saúde apareceram embasadas em uma linha prática-discursiva, já que todo discurso foi amparado na prática, de uma luta antimanicomial inspiradas no modelo norte-americano, francês, inglês e, principalmente italiano, com Franco Basaglia.<sup>70</sup>

Esses modelos se referiam, respectivamente, aos processos de Reforma Psiquiátrica com ideias preventivas, de comunidades terapêuticas, psicoterapia institucional e de setor<sup>71</sup> que, de acordo com Fernando Sobhie Diaz, ampararam-se em duas vertentes: “1) em um olhar histórico-crítico sobre os paradigmas fundantes do saber/prática psiquiátricos; 2) em uma revisão dos principais referenciais teóricos que influenciam a emergência destes movimentos”.<sup>72</sup>

De acordo com essa colocação e das novas experiências terapêuticas, os caminhos da Reforma Psiquiátrica foram traçados a partir de um movimento interior dos hospitais psiquiátricos, começando por reestruturações internas. Seguido dessas reformas internas, houve a expansão da psiquiatria ao espaço público e uma proximidade maior com as comunidades, pensando, assim, a coletividade a partir de um modelo psicossocial. E, por fim, a reflexão e busca pelo direito e à cidadania dos usuários.

---

<sup>69</sup> FOUCAULT, 2015. Op. cit., p. 155.

<sup>70</sup> Antonio Lancetti demonstra como a Reforma Psiquiátrica brasileira tem como influência o projeto de desinstitucionalização italiano de Basaglia, que defendia uma nova forma de conceber a loucura e de tratá-la. Para Basaglia o foco deveria sair da doença e recair sobre a pessoa. Ver em: LANCETTI, Antonio. Loucura Metódica. In: LANCETTI, Antonio. **Saúde Loucura nº 02**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 139-147.

<sup>71</sup> Ver em: AMARANTE, 1995. Op. cit.

<sup>72</sup> DIAZ, Fernando Sobhie. **Os movimentos sociais na reforma psiquiátrica**: o “novo” na história da psiquiatria do Brasil. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: 2008. 341f.

Essa última teve força maior com o processo de redemocratização no Brasil, visto que entre as décadas de 1960 e 1970, o país passou por um regime de exceção com a ditadura civil-militar. Segundo Paulo Amarante, nos anos de 1980 a estratégia autoritária “começa a defrontar-se com seu fim, com o crescimento da insatisfação popular decorrente da falta de liberdade e da sempre crescente perda de participação e ingresso social das classes médias e baixas”.<sup>73</sup>

Dessa maneira, ganharam forças as lutas cotidianas pautadas nos movimentos sociais e no interior dos serviços de saúde que começaram a questionar o caráter terapêutico manicomial da instituição psiquiátrica. A saúde mental passou a buscar em suas práticas o exercício da cidadania dos usuários, atrelados às transições do modelo assistencial evitando que se repetissem relações excludentes e normativas.

A palavra “usuário” passou a ser utilizada na saúde mental a partir da legislação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990. Segundo Amarante, foram as leis n. 8.080/90 de 19 de setembro de 1990 e a de n. 8.142/90 de 28 de dezembro de 1990 que trouxeram a palavra usuário com a ideia de protagonismo.<sup>74</sup> Essa foi uma proposta adotada para substituição do termo paciente que era relacionado à perspectiva de passividade.

O termo usuário foi utilizado nesta dissertação em consonância com a conotação voltada a indivíduos que fazem uso de qualquer serviço coletivo.<sup>75</sup> Ademais, o termo se liga a ideia de cidadania e, com base na edificação do SUS, todas as leis e portarias em torno da saúde mental são voltadas à discussão do reclame da cidadania do louco e à promoção, proteção e recuperação da saúde como “um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”.<sup>76</sup>

Com base nessas colocações, o presente capítulo debateu leis, portarias e diretrizes que deram contorno à Reforma Psiquiátrica entre 1990 a 2002. Com a problematização destas fontes procuramos compreender como os aspectos jurídicos foram repensados dentro da ordem da constituição social e histórica da assistência psiquiátrica.

<sup>73</sup> AMARANTE. 1995a. Op. cit., p. 89.

<sup>74</sup> AMARANTE. 2007. Op. cit., p. 82. Em nosso trabalho, o termo paciente será utilizado apenas quando os documentos se referirem desse modo aos usuários.

<sup>75</sup> Para Saito: “Assim, pode-se compreender o termo usuário como mais amplo, capaz de ultrapassar o ideário passivo ou liberal, que percebe a saúde como um bem de consumo regulado pelas leis de mercado, no sentido de avançar para uma concepção de saúde enquanto direito humano e social, regulado pelas relações de cidadania.” SAITO, Danielle Yuri Takauti et al. Usuário, cliente ou paciente?: qual o termo mais utilizado pelos estudantes de enfermagem?. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 175-183, Mar. 2013. p. 176.

<sup>76</sup> BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080\\_190990.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm)> Acesso: 15 de set. 2017.

A partir de 1970, principalmente com as leis estaduais da Reforma Psiquiátrica, percebemos uma disposição de setores da saúde em refletir sobre o modelo assistencial oferecido às pessoas com sofrimentos mentais, especialmente o modelo de hospital psiquiátrico (antes hospício ou manicômio) e de como essa antiga estrutura segregava e excluía os usuários de seus direitos. Dessa maneira, foi crucial problematizar a legislação que hoje garante o exercício da cidadania e questiona as tradicionais formas de trato com a loucura e os loucos, em suas condições teóricas e/ou práticas, mas que são ancoradas em um poder produtivo que requer diálogos e trocas entre a sociedade civil e as instâncias jurídicas.

Portanto, nesse primeiro capítulo, foram levantadas as políticas sociais públicas entre 1990 e 2000, entendendo que essas se constituíram a partir de modos como a sociedade (ou parte dela) percebe e explicita os fenômenos sociais que a cercam, pensando quais foram as políticas sobre a vida que acabaram sendo efetivadas.

No contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira, também foi possível identificar a microfísica do poder<sup>77</sup> na transfiguração das experiências de saúde mental que se alastraram em práticas institucionais, territoriais, psicossociais, culturais e de intervenção, ou seja, que não partem de uma única instância de poder, o que veremos a seguir.

### **1.1 O início da gestão do processo de desinstitucionalização da loucura no Brasil**

As sistematizações dos fundamentos das políticas de saúde mental no Brasil, a partir da década de 1980 tiveram como demarcadores as primeiras Conferências de Saúde Mental entre 1987 e 1992, visto que essas conferências delimitaram uma década de marcos nas mudanças políticas, econômicas e sociais na história brasileira e das discussões em torno da psiquiatria, finalizando com o Encontro de Parlamentares Estaduais sobre Legislação Psiquiátrica no Brasil, em 1993.

Em 1987, entre os dias 25 e 28 de julho, aconteceu no Brasil a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), que teve como temas básicos: economia, sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; Reforma Sanitária e reorganização da assistência à

---

<sup>77</sup> Como já dito anteriormente, para Foucault, o poder não é algo que se possui, mas sim que se exerce. Nos seus estudos genealógicos, o filósofo compreendeu a existência de variadas formas de poder locais e específicas, que não são resultados de uma relação direta com o Estado (em que o Estado detém o poder) e com as forças repressivas. O poder funciona em rede e está disseminado por toda a sociedade de forma microfísica. FOUCAULT. 2014. Op. cit.

saúde mental e cidadania e doença mental, direitos, deveres e legislação do doente mental.<sup>78</sup> O relatório final desta conferência foi publicado em 1988 como uma das diretrizes oficiais para a reforma da saúde mental.

Essa primeira conferência e seus temas dialogaram com o que Paulo Amarante apontou como sendo as três principais fases da Reforma Psiquiátrica brasileira, foram elas: trajetória alternativa, trajetória sanitaria e a trajetória de desinstitucionalização.<sup>79</sup>

A primeira trajetória, chamada pelo autor de "alternativa", marcou a reorganização dos partidos políticos após a reabertura democrática no país a partir de 1988. Esse momento foi marcado pelo avanço de associações, grupos e demais entidades da sociedade civil. Segundo Amarante “o ‘necessário afrouxamento’ da censura faz transparecer as insatisfações e aumentar a participação política dos cidadãos que passam a problematizar a estrutura e a organização do poder, as políticas sociais e econômicas, e também as condições cotidianas de vida e de trabalho”.<sup>80</sup>

Foi nesse período que cresceram as manifestações no setor da saúde tendo dois marcos. O primeiro foi a constituição do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM)<sup>81</sup> que teve na conferência o seu fortalecimento:

É principalmente a partir destas organizações que são sistematizadas as primeiras denúncias de violência, de ausência de recursos, de negligência, de psiquiatrização do social, de utilização da psiquiatria como instrumento técnico-científico de controle social e a mobilização por projetos alternativos ao modelo asilar dominante. É nesse momento, efetivamente, que começa a se constituir em nosso meio um pensamento crítico sobre a natureza e a função social das práticas médicas e psiquiátricas-psicológicas.<sup>82</sup>

O segundo momento levantado pelo autor, nomeado como "trajetória sanitaria", iniciou nos primeiros anos de 1980, com foco no direito social e foi reforçado na Constituição

<sup>78</sup>BRASIL. Ministério da Saúde/SAS. **1ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Relatório Final. Brasília: MS/SAS, 1988a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm\\_relato\\_final.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relato_final.pdf)> Acesso em: 16 de set. 2017. p. 03.

<sup>79</sup> AMARANTE, 1995. Op. cit., p. 89

<sup>80</sup> Idem.

<sup>81</sup> Segundo Heidrich, o CEBES foi criado em 1976 e é um grupo formado por diferentes atores sociais de diversos setores, com o fim de divulgar a opinião crítica de um conjunto de profissionais de saúde. O CEBES foi responsável, também, pela criação da Revista “Saúde em Debate” como meio de divulgar os debates médico-sociais. O MTSM, por sua vez, surgiu como um fórum de profissionais da saúde, para discutir questões trabalhistas e de assistência psiquiátrica. Ambos tinham atores ligados à saúde, bem como a setores mais amplos da sociedade. HEIDRICH. 2007. Op. cit., p. 99-100.

<sup>82</sup> AMARANTE, 1995. Op. cit., p. 90.

Federal de 1988, com o artigo 196 indicando que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.<sup>83</sup>

Nesta direção, a I CNSM trouxe em seu relatório final a preocupação com a Reforma Sanitária a partir da necessidade de uma reforma agrária e urbana, possibilitando uma melhoria das condições de vida da população. Além disso, o relatório ressaltou a importância de uma reforma tributária, uma vez que “a atual e abusiva legislação penaliza municípios e deixa ao poder federal o maior percentual de recursos, os quais sofrem destinações pouco comprometidas com interesses sociais, em particular com o setor saúde”.<sup>84</sup>

A Reforma Sanitária foi pensada a partir da transformação do modelo de saúde brasileiro com a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) público estatal, descentralizado e fundamentado em políticas de universalidade, integralidade e participação da comunidade, de uma forma geral.<sup>85</sup> Ficou claro no relatório como a participação social foi um fator fundamental. Como princípios básicos, a conferência elencou:

- a) formação de Comissão de representantes de todos os segmentos da sociedade para o estabelecimento de um processo de Reforma Sanitária segundo as reais necessidades da população, de forma a assessorar a Assembleia Nacional Constituinte e a reformulação da legislação ordinária.
- b) participação da população, em nível decisório, na elaboração, implementação e controle da política de saúde em geral e da saúde mental em particular, assim como dos estabelecimentos de prestação de serviços.
- c) criação de uma Comissão de Saúde Mental com representantes de todos os estados da Federação, representantes estes eleitos por profissionais de saúde mental e de entidades da sociedade civil, na definição da política de saúde em geral e da saúde mental em particular.<sup>86</sup>

Mas, ao mesmo tempo em que a I CNSM trouxe no seu relatório o processo de Reforma Sanitária, ela também marcou o início de outra trajetória, agora de cunho desinstitucionalizante, que veio a ser a terceira fase descrita por Amarante, ou seja, a fase da Reforma Psiquiátrica.

---

<sup>83</sup> BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988b. p. 153.

<sup>84</sup> BRASIL. 1988a. Op. cit., p. 15.

<sup>85</sup> BRAVO, M. I. S. e MATOS, M. C. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. S. et alii (org) **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: FSS/UERJ, 2004. p. 25-45.

<sup>86</sup> BRASIL. 1988a. Op. cit., p. 15.

Por meio do relatório final desta conferência, percebemos os pontos de convergência e divergência entre o projeto do Movimento de Reforma Sanitária e do Movimento de Reforma Psiquiátrica. Como pontos em comum, ressaltou-se a ideia de transformação da sociedade, uma vez que a sociedade brasileira é desigual e que uma constante até então era, segundo o relatório, “a sobreposição dos interesses econômicos na existência e expansão dos hospitais psiquiátricos privados”.<sup>87</sup> Isso fez com que a conferência trouxesse em seu bojo a defesa pela proposta de serviços públicos de saúde pelo Estado.

Mas como divergência, Amarante elencou, que a tradição sanitarista “fala muito pouco sobre pessoas e muito de números, de populações, sem conseguir escutar as diversas singularidades a respeito do sujeito que sofre”.<sup>88</sup> Assim, o relatório da conferência se distanciou do movimento de Reforma Sanitária, principalmente ao começar a discutir questões mais pontuais de desinstitucionalização, mantendo em constante debate o problema da institucionalização da doença e do usuário de saúde mental. Dessa forma, o documento indicou questões mais pontuais sobre o movimento antimanicomial. O relatório apontou como referência ao modelo assistencial:

Reversão da tendência "hospitalocêntrica e psiquiatrocêntrica", dando prioridade ao sistema extra-hospitalar e multiprofissional como referência assistencial ao paciente, inserindo-se na estratégia de desospitalização. A partir desta Conferência, o setor público não credenciará nem instalará novos leitos psiquiátricos em unidades psiquiátricas hospitalares tradicionais, reduzindo, progressivamente, os leitos existentes nesse último tipo de serviço e substituindo-os por leitos psiquiátricos em hospitais gerais públicos ou por serviços inovadores alternativos à internação psiquiátrica. Será proibida a construção de novos hospitais psiquiátricos tradicionais.<sup>89</sup>

Essas foram questões que problematizaram o dispositivo de controle e normatização próprios da psiquiatria, principalmente falando em hospitais psiquiátricos tradicionais, como o Hospital Colônia Adauto Botelho, que fora criado como uma instituição "moderna" na década de 1950 – dentro de um planejamento que visava revitalizar e organizar a assistência psiquiátrica brasileira – mas que com o passar dos anos pouco se diferenciou de outras instituições manicomiais em termos de práticas. Quando o movimento sanitarista abordou que era necessário implantar grandes políticas de saúde, Amarante sugeriu que isso “tende a

---

<sup>87</sup> Ibidem. p. 25.

<sup>88</sup> AMARANTE. 1995a. Op. cit., p. 94.

<sup>89</sup> BRASIL. 1988a. Op. cit., p. 18.

induzir a uma compreensão extremamente estrutural das possibilidades de transformação”<sup>90</sup> quando, na realidade, é preciso “desinstitucionalizar/desconstruir/construir no cotidiano das instituições uma nova forma de lidar com a loucura e o sofrimento psíquico”.<sup>91</sup>

O que esse debate colocou em jogo foi a necessidade de pensar o sujeito que é formado em meio a essas estruturas e dos discursos de poder. Diante disto, a conferência chamou atenção para a realidade institucional, para o tratamento dado aos usuários e à própria prática médica psiquiátrica.

Dessa maneira, o relatório da I CNSM discutiu sobre o processo de desinstitucionalização, mostrando novos atores no cenário das políticas de saúde mental, chamados por Amarante de “loucos pela vida”.<sup>92</sup> Isso fica claro quando, no relatório foi discutida a cidadania do louco:

O conceito de cidadania implica na participação ampla dos indivíduos em todos os aspectos da vida social e no acesso dos mesmos aos bens materiais e culturais da sociedade em um determinado contexto histórico. A doença mental, na atualidade, pode ser compreendida também como resultante do processo de aviltamento e exclusão social de significativos setores da população. A medicalização e psiquiatrização freqüentemente mascaram os problemas sociais e assim contribuem para a alienação psíquica e social dos indivíduos submetidos a estes processos, despojando-os de seus direitos civis, sociais e políticos. Deve ser constitucionalmente assegurada a condição de cidadania plena ao indivíduo considerado doente mental. Tal garantia pressupõe uma legislação ordinária que disponha sobre a especificidade da doença mental e coloque a necessidade de revisão de toda a legislação em vigor.<sup>93</sup>

Assim, a ação integral foi traçada e o novo modelo proposto deveria “suplantar o modelo assistencial centrado na hospitalização psiquiátrica, valorizando o atendimento ambulatorial especializado e o da rede básica de saúde, bem como as atividades de reintegração social do doente mental”.<sup>94</sup> A busca pela cidadania desses sujeitos foi reforçada, com o intuito de “colocar à disposição da população, de forma adequada, informações sobre prevenção, promoção, tratamento e reabilitação em saúde mental”.<sup>95</sup> Esses pontos se tornaram a base da primeira conferência, o que para Tenório “representa, portanto, o fim da trajetória

<sup>90</sup> AMARANTE, 1995. Op. cit., p. 94.

<sup>91</sup> Idem.

<sup>92</sup> Ibidem. p. 95.

<sup>93</sup> BRASIL. 1988a. Op. cit., p. 21.

<sup>94</sup> Idem. p. 40.

<sup>95</sup> Ibidem. p. 41.

sanitarista, de transformar apenas o sistema de saúde, e o início da trajetória de desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade as formas arraigadas de lidar com a loucura”.<sup>96</sup>

Como desdobramento da I CNSM foi construído o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado do Partido dos Trabalhadores (PT), que recebeu o n. 3.657/1989 na Câmara Federal, dispondo “sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória”<sup>97</sup>, entre outras questões importantes.

Em 1990 aconteceu outra conferência importante para esse cenário, foi a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas, Venezuela. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgaram um documento feito em conjunto, que ficou conhecido por “Declaração de Caracas”<sup>98</sup> pensando a saúde mental nas Américas. Esse documento teve influência direta no Brasil e ajudou a impulsionar os projetos de reformas psiquiátricas adotadas nos estados do país a partir de 1990.

A declaração, segundo Dunker e Kyrillos Neto, “estabeleceu a diretriz de reestruturação em saúde mental centrando-a na comunidade e dentro de sua rede social”.<sup>99</sup> De acordo com a declaração, os principais efeitos nocivos do sistema asilar eram a cronificação das doenças, causada pelo isolamento, a desvinculação do usuário da vida social e, conseqüentemente, a exclusão, conforme podemos ver abaixo:

1. Que a assistência psiquiátrica convencional não permite alcançar objetivos compatíveis com um atendimento comunitário, descentralizado, participativo, integral, contínuo e preventivo;
2. Que o hospital psiquiátrico, como única modalidade assistencial, impede alcançar os objetivos já mencionados ao:
  - a) isolar o doente do seu meio, gerando, dessa forma, maior incapacidade social;
  - b) criar condições desfavoráveis que põem em perigo os direitos humanos e civis do enfermo;
  - c) requerer a maior parte dos recursos humanos e financeiros destinados pelos países aos serviços de saúde mental;

<sup>96</sup> TENÓRIO. 2002. Op. cit., p. 35.

<sup>97</sup> BRASIL. **Projeto de lei n. 3.657, 1989**. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Brasília, 1989. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>> Acesso em: 20 de set. 2017.

<sup>98</sup> BRASIL. 2004a. Op. cit., p. 11.

<sup>99</sup> DUNKER, Christian Ingo Lenz. e KYRILLOS NETO, Fuad. Sobre a retórica da exclusão: a incidência do discurso ideológico em serviços substitutivos de cuidados psicóticos. *Psicologia, Ciência e Profissão*. 24 (1): 116-125. 2004. p. 119

d) fornecer ensino insuficientemente vinculado com as necessidades de saúde mental das populações, dos serviços de saúde e outros setores.<sup>100</sup>

A declaração ressaltava o atendimento primário à saúde, a partir dos chamados Sistemas Locais de Saúde (SILOS), e também do atendimento psiquiátrico em hospitais gerais, que tinha como força motriz a prevenção de doenças, que por sua vez, passou do âmbito individual para o coletivo.

Com relação a isso, o documento também ressaltou a iniciativa de um processo de atenção comunitário integral e que ocorresse de maneira contínua sem depender exclusivamente de hospitais psiquiátricos, fazendo com “que a reestruturação da assistência psiquiátrica na região implicasse em revisão crítica do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico na prestação de serviços”.<sup>101</sup>

Seguindo a mesma linha já exposta sobre a I CNSM, a Conferência de Caracas determinou a salvaguarda da “dignidade pessoal e os direitos humanos e civis”<sup>102</sup> e indicou que os cuidados deveriam estar amparados “em critérios racionais e tecnicamente adequados”<sup>103</sup> o que significa que esses recursos deveriam propiciar que as pessoas com sofrimentos mental permanecessem junto à própria comunidade e família, tornando-os, conforme Laclau, “articuladores de demandas”<sup>104</sup> e não apenas observadores passivos.

A declaração fez ainda menção às legislações dos países para que, a partir desse documento, “assegurem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais e promovam a organização de serviços comunitários de saúde mental que garantam seu cumprimento”.<sup>105</sup>

No início dos anos 1990, quando já se reconhecia efetivamente a existência de um movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, esta começou a se materializar em serviços extra-hospitalares pautados na interação comunitária, alternando entre serviços intermediários ou substitutivos ao hospital psiquiátrico. Os primeiros CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial) já tinham suas primeiras

---

<sup>100</sup> BRASIL. 2004a. Op. cit., p. 11.

<sup>101</sup> Idem.

<sup>102</sup> Idem.

<sup>103</sup> Idem.

<sup>104</sup> Conforme Laclau, citado por Dunkers e Kyrillos Neto “a formação de demandas que orientam movimentos sociais apóiam-se sempre em significantes flutuantes, ou seja, significantes suficientemente ambíguos e polissêmicos capazes de atrair para si uma diversidade de significados, reduzindo a diferença e consolidando a identificação necessária para a ação. Ora, parece ser exatamente esse o caso na expressão inclusão social.” Ver em: LACLAU apud DUNKERS, KYRILLOS NETO. 2004. Op. cit., 119-120.

<sup>105</sup> BRASIL. 2004a. Op. cit., p. 11.

experiências a partir de 1987<sup>106</sup> porém, foram instauradas efetivamente com a Portaria SNAS n. 224, de 29 de janeiro de 1992,<sup>107</sup> que estabeleceu diretrizes e normas para os novos serviços ambulatoriais substitutivos das grandes estruturas manicomialis. A Portaria tinha a perspectiva de humanizar o atendimento aos usuários e de garantir sua cidadania, indicando entre outras coisas a extinção das celas usadas para contenção de pessoas com sofrimento mental.<sup>108</sup> Ademais, a portaria apontava sobre:

- organização de serviços baseada nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações;
- diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial;
- garantia da continuidade da atenção nos vários níveis multiprofissionalidade na prestação de serviços;
- ênfase na participação social desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução; definição dos órgãos gestores locais como responsáveis pela complementação da presente portaria normativa e pelo controle e avaliação dos serviços prestados.<sup>109</sup>

Os novos serviços ambulatoriais que deveriam cumprir tais diretrizes foram indicados pela portaria: (1) Unidade básica, centro de saúde e ambulatório; (2) Núcleos/centros de atenção psicossocial (NAPS/CAPS). Estes, juntamente com o hospital-dia, que de acordo com a portaria “representa um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que desenvolve programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação integral”<sup>110</sup> e os serviços de urgência psiquiátrica em hospitais-gerais, fariam com que houvesse uma transposição do sujeito da experiência da loucura, o doente mental, para a posição de usuário dos serviços de saúde mental, o que faria com que aquela ideia do manicômio como lugar de cura, fosse revertido para os novos serviços que visavam a inclusão.

---

<sup>106</sup> “O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva. A criação desse CAPS e de tantos outros, com outros nomes e lugares, fez parte de um intenso movimento social, inicialmente de trabalhadores de saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais.” Já o primeiro Naps foi criado em 1989 em Santos. Ver em: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. p. 12.

<sup>107</sup> BRASIL. 2004a. Op. cit., p. 243.

<sup>108</sup> Ibidem. p. 251.

<sup>109</sup> Ibidem. p. 243.

<sup>110</sup> Idem.

Formou-se a noção de trabalho em rede de saúde mental, em que a atenção básica se tornou a porta de entrada do atendimento, possibilitando a regionalização do atendimento, sendo inteiramente estruturado pelo SUS.

Quanto a isso, após a conferência em Caracas, em Brasília foi convocada a II Conferência Nacional de Saúde Mental, nos dias 1 a 4 de dezembro de 1992, que, por sua vez centrou-se nos seguintes temas: rede de atenção em Saúde Mental (pensando os serviços ambulatoriais), a transformação e cumprimento de leis, principalmente após Caracas e, por fim, o direito à atenção integral e, novamente, o direito à cidadania:

O presente relatório reflete este momento de descobertas e consolida as propostas construídas ao longo de um processo vivido em cada recanto deste país, através da abertura de um amplo debate junto à população, da criação de novos serviços, da produção de conhecimento e de mudanças nas legislações nacional, estadual e municipal.<sup>111</sup>

As mudanças legislativas defendidas pelo relatório foram fundamentadas, essencialmente, na vinculação do conceito de saúde mental à prática da cidadania, com respeito às diversidades. Para tanto, o documento mostrava como fundamental a:

- mudança no modo de pensar a pessoa com transtornos mentais em sua existência-sofrimento, e não apenas a partir de seu diagnóstico;
- diversificação das referências conceituais e operacionais, indo além das fronteiras delimitadas pelas profissões clássicas em saúde mental;
- uma ética da autonomia e singularização que rompa com o conjunto de mecanismos institucionais e técnicos em saúde, que têm produzido, nos últimos séculos, subjetividades proscritas e prescritas.<sup>112</sup>

A construção de um pensamento crítico “com a usual e ainda hegemônica concepção compartimentalizada do sujeito com as dissociações mente/corpo, trabalho/prazer”<sup>113</sup> tornou-se, a partir de então, uma das bandeiras levantadas pela II CNSM, levando em consideração todo o processo de exclusão e de estigma causados na vida concreta dos usuários pela dicotomia entre normal e patológico.

<sup>111</sup> BRASIL. Ministério da Saúde/SAS. **2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil. Relatório Final. Brasília: MS/SAS, 1994. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf\\_mental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf) > Acesso em: 22 de set. 2017. p. 05.

<sup>112</sup> Ibidem. p. 06.

<sup>113</sup> Idem.

Canguilhem em sua obra *O Normal e o Patológico*<sup>114</sup> já havia ressaltado, justamente, como a medicina parte de uma análise anatomofisiológica, que em determinado momento também a psiquiatria fez uso para provar o diagnóstico da doença,<sup>115</sup> o que, conseqüentemente, acabou não levando em consideração as subjetividades dos usuários.

Na saúde mental os estigmas sobre os loucos e as ideias de desordens que eles poderiam acarretar, por muito tempo relegaram esses sujeitos à margem, pois tratar se tornou sinônimo de diagnosticar.<sup>116</sup>

Seguindo por esse caminho, o relatório da II CNSM refletiu sobre como é necessário desconstruir a ideia negativa de doença mental, partindo, em primeira instância, dos próprios trabalhadores desse campo:

Deve ser dada prioridade às ações que estimulem a desinstitucionalização do trabalhador de saúde mental, desconstruindo seus manicômios mentais, libertando-o de esquemas e de estruturas que o impedem de pensar e agir de modo mais humano pela promoção da saúde mental e necessária emancipação do campo terapêutico.<sup>117</sup>

A fonte acima nos mostrou que houve um processo de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental que implicou uma nova maneira de pensar a loucura e as próprias ações assumidas dentro do ambiente de trabalho. Tal colocação pode ser compreendida pela ideia de “cuidado de si”, em Foucault, em que o indivíduo deve olhar para si mesmo, para o pensa e refletir sobre seus atos, para então voltar-se para o outro.

O cuidado de si, para Foucault, seria a autoformação do sujeito, em que este faz o exercício de “si sobre si mesmo através do qual se procura se elaborar, se transformar e atingir um certo modo de ser”.<sup>118</sup> Porém, ao trazermos esse debate na necessidade de desinstitucionalizar o trabalhador de saúde mental e suas práticas, de modo geral, vemos que estes sujeitos estavam em meio a uma prática de liberação dos convencionais cuidados com a loucura, porém, conforme indica Foucault, esse processo de liberação não basta para definir as práticas de liberdade, como o cuidado de si e com os outros.

O que isso implica é que no trecho da fonte supracitada, houve ainda uma tentativa de definir um novo lugar das práticas terapêuticas, porém, ainda muito incipiente de fazer com

<sup>114</sup> CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

<sup>115</sup> Para Sandra Caponi: “Em muitos casos, esses problemas receberão explicações biológicas, como déficit nos neurotransmissores ou problemas hereditários, sendo a indicação terapêutica predominante a prescrição de medicamentos psicotrópicos.” CAPONI. 2012. Op. cit., p. 13.

<sup>116</sup> GOFFMAN. 1988. Op. cit., p. 13.

<sup>117</sup> BRASIL. 1994. Op. cit., p. 08.

<sup>118</sup> FOUCAULT. 2014c. Op. cit., p. 259.

que os próprios trabalhadores de saúde mental pudessem, por eles próprios, definir as suas práticas de liberdade em um período curto de tempo.

Afinal, para Foucault, toda prática de liberdade é a condição ontológica da ética.<sup>119</sup> Ou seja, se era necessário que esses trabalhadores voltassem o olhar para si mesmos, para suas ações de cuidados e da própria relação com os antigos manicômios, era necessário, ainda, que estes sujeitos reconhecessem “um certo número de regras de conduta ou de princípios que são simultaneamente verdades e prescrições. Cuidar de si é se munir dessas verdades”.<sup>120</sup>

Sendo assim, podemos pensar que, com o advento da luta antimanicomial, houve uma necessidade dos sujeitos envolvidos com a saúde mental, de repensar como ocorreu a medicalização da loucura diante dos processos culturais e sociais e, como bem atenta Foucault, nas instituições e práticas de poder.<sup>121</sup>

A loucura e o modo como ela foi entendida no decorrer do tempo, se encontra em meio a esquemas na cultura e na sociedade, como um todo, que são sugeridos, propostos ou até mesmo impostos.<sup>122</sup> Com isso, pensando a reforma como um processo que se estende até os dias atuais, os trabalhadores de saúde mental também se encontram em meio aos jogos de verdade, ou seja, às regras e procedimentos que conduzem a uma produção de verdade,<sup>123</sup> que situam o trato com a loucura e seu lugar, colocando a eles, no decorrer do tempo, um posto a se ocupar diante do modelo médico de assistência psiquiátrica.

O que a luta antimanicomial pareceu atentar desde o início é que não só os sujeitos entendidos como loucos são formados nas práticas sociais e culturais, mas todo o corpo técnico e de assistência dentro de uma instituição também são. Com isso, retomamos Foucault que afirmou que nos interessa “a constituição histórica dessas diferentes formas do sujeito, em relação aos jogos de verdade”.<sup>124</sup>

A partir disso, percebemos que os chamados trabalhadores de saúde mental passaram por processos de subjetivação em que tentaram descobrir novas práticas e novas formas de relações com a loucura. Colocado isso, voltaremos a essa discussão em nosso terceiro capítulo, trazendo a experiência de funcionários e funcionárias do HCAB.

Percebemos que todo o movimento de reforma foi acompanhado por uma mudança que procura romper com a herança clássica da loucura e com o estigma sobre a saúde mental,

---

<sup>119</sup> Ibidem. p. 261.

<sup>120</sup> Ibidem. p. 263.

<sup>121</sup> Ibidem. p. 275.

<sup>122</sup> Ibidem. p. 269.

<sup>123</sup> Ibidem. p. 276.

<sup>124</sup> Ibidem. p. 269.

cabendo às instituições psiquiátricas abrir espaço para a reflexão desses “manicômios mentais” das pessoas envolvidas nesse meio e propor novas direções, como foi o caso dos trabalhadores nessa área. Essa colocação começou a ser pensada também na legislação, em que o relatório apontou para a substituição “da terminologia “Legislação Psiquiátrica” por “Legislação em Saúde Mental”<sup>125</sup> e, ainda procurava:

Estimular a formação e aprovação de uma nova legislação em saúde mental, capaz de dar conta, separadamente e através de instrumentos legais diferenciados, dos vários aspectos implicados na questão, quais sejam: reestruturação da assistência, direitos civis, código penal, direitos do usuário.<sup>126</sup>

O plenário da conferência ainda propôs a municipalização da assistência em saúde e a criação de sistema de divulgação de informações sobre as diversas formas de atenção à saúde mental com foco, principalmente, na desinstitucionalização, na capacitação pessoal em todos os níveis do SUS e o investimento de recursos financeiros do orçamento geral da saúde destinado à saúde mental.<sup>127</sup>

A conferência estabeleceu a organização de comissões de Reforma Psiquiátrica nos municípios, estados e em nível nacional para fiscalizar as ações propostas e definiu o dia 18 de maio como sendo o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, “com atividades alusivas à data nos serviços públicos e particulares, tais como escolas, creches, hospitais, unidades básicas de saúde etc”.<sup>128</sup> Assim, o planejamento deveria contemplar informações gerais sobre a saúde mental à população, criando uma cultura antimanicomial no cotidiano da comunidade.

Como desdobramento desta conferência, nos dias 08 e 09 de novembro de 1993 se reuniram em Brasília representantes estaduais no Encontro de Parlamentares Estaduais, em que foi redigido o relatório final intitulado “Encontro de Parlamentares Estaduais sobre a Legislação Psiquiátrica no Brasil”.<sup>129</sup>

O encontro teve o intuito de discutir questões sobre a transformação do arcabouço jurídico-legal para a concretização da Reforma Psiquiátrica brasileira. As discussões foram baseadas principalmente nos resultados da Conferência de Caracas em 1990 e nos projetos das

---

<sup>125</sup> BRASIL. 1994. Op. cit., p. 10.

<sup>126</sup> Idem.

<sup>127</sup> Ibidem. p. 11-12.

<sup>128</sup> Ibidem. p. 12.

<sup>129</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Encontro de Parlamentares Estaduais sobre Legislação Psiquiátrica no Brasil**. Brasília, 1993.

leis estaduais de reforma, que estavam se constituindo em alguns estados brasileiros, como do Rio Grande do Sul em 1992. Os objetivos do encontro foram:

- a) Avaliar os projetos de lei aprovados ou em tramitação nas Assembleias Legislativas, à luz das tendências atuais sobre a matéria, segundo as diretrizes definidas pela Conferência de Caracas e pelo Ministério da Saúde do Brasil.
- b) Oferecer ao grupo de parlamentares estaduais apoio técnico, baseado nas experiências da América Latina e Europa, com ênfase na literatura sobre atenção psiquiátrica e proteção dos direitos humanos e civis dos usuários dos serviços de saúde mental.
- c) Formular estratégias para a promoção do processo de atualização legislativa.<sup>130</sup>

O eixo central de discussão foi em torno do processo de atualização legislativa no plano estadual e federal, tendo como base o projeto de lei de Paulo Delgado em 1989<sup>131</sup> e a lei estadual do Rio Grande do Sul,<sup>132</sup> porém, os estados se distinguiam em alguns aspectos de maior ou menor grau. Dessa forma, o encontro buscava encontrar uma base comum para os projetos de reforma estaduais, ou seja, “delimitar seu núcleo comum, no sentido de reforçar o papel de instrumento estratégico para a Reforma Psiquiátrica que cada projeto deveria ter, no âmbito de seu estado”.<sup>133</sup>

Os elementos elencados para os projetos legislativos seguiam preceitos políticos e tinham uma dimensão ética, buscando a cidadania dos usuários, com a proposta de inversão do modelo hospitalocêntrico, o atendimento em uma rede de recursos de assistência, a regulamentação das internações involuntárias em que um órgão de revisão que faça parte de uma instância jurídica estivesse presente, além de programas assistenciais com recursos voltados à comunidade.<sup>134</sup>

O relatório ressaltava alguns pontos divergentes entre os projetos estaduais, tais como a definição de prazo de fechamento de hospitais psiquiátricos e quais eram os procedimentos terapêuticos que deveriam ser extintos. Debatia ainda sobre a construção de hospitais psiquiátricos privados, sobre o silêncio nos projetos de leis acerca dos manicômios judiciários e qual o órgão revisor da internação compulsória.<sup>135</sup>

---

<sup>130</sup> Idem. p. 02.

<sup>131</sup> BRASIL. 1989. Op. cit.

<sup>132</sup> BRASIL. 2004a. Op. cit.

<sup>133</sup> BRASIL. 1993. Op. cit., p. 03.

<sup>134</sup> Idem.

<sup>135</sup> Ibidem. p. 04-08.

Quanto ao prazo de fechamento dos hospitais psiquiátricos, o principal problema encontrado entre os projetos de lei era referente a existência de realidades diversas dentro de um mesmo estado, o que podia acarretar em ritmos diversos no processo de substituição do modelo asilar. Assim, ficou delimitado um prazo de cinco anos para “acompanhamento e reavaliação da Reforma Psiquiátrica”.<sup>136</sup>

A necessidade de mexer estruturalmente em um modelo estabelecido, que vigorou por anos, apresentava uma dimensão que abrangia resistências não apenas dos administradores e profissionais dos hospitais psiquiátricos, mas também, das próprias famílias. Dessa maneira, as mudanças no modelo assistencial tornava necessária a concepção de novas relações que apenas a discussão teórica não consegue, até hoje, efetivar sem limitações.

Sobre os tratamentos ofertados, o texto apontava que nos projetos de leis apresentados, os pontos levantados sobre o tema se voltavam a evitar abusos nos tratamentos aos usuários e à condenação dessas práticas, como esterilização e psicocirurgias.<sup>137</sup> Porém, o encontro não chegou a nenhum consenso sobre quais os tratamentos que deveriam ser utilizados, ficando vaga essa questão.

Em sequência, dois assuntos polêmicos foram tratados: o fechamento de instituições privadas e de manicômios judiciais. O encontro não chegou a nenhuma conclusão sobre os dois pontos levantados, deixando o debate para uma análise posterior. Vemos que, principalmente, sobre o manicômio judiciário, não houve menção alguma sobre o destino deste em nenhuma lei ou portaria que seguem sendo discutidas nessa dissertação, pois não se encaixava na expectativa projetada das reformas, à época, sendo assim, silenciado.

Por fim, sobre o impasse da internação compulsória, segundo o relatório do encontro de parlamentares, os projetos apresentavam dois caminhos. O primeiro era acerca da possibilidade do Ministério Público ser o órgão decisivo na avaliação desses casos e, o segundo, era deixar essa função a cargo da Defensoria Pública.<sup>138</sup> Como resposta ao problema, foi decidido que uma comunicação deveria ser feita em primeira instância aos conselhos municipais de saúde e esses conselhos, por sua vez, teriam uma comissão revisora que faria a reavaliação da internação compulsória.

O encontro tratou de questões pontuais embasadas nos projetos de leis estipulados por alguns estados, como um modelo que atenda a relação dos métodos terapêuticos com a cidadania e liberdade dos usuários; inversão do modelo hospitocêntrico; implantação de

---

<sup>136</sup> Ibidem. p. 04.

<sup>137</sup> Ibidem. p. 05.

<sup>138</sup> Ibidem. p. 07.

uma rede de atendimento da saúde mental em hospital-dia, hospital geral, ambulatórios regionalizados e outras modalidades assistenciais; regulamentação das internações involuntárias; articulação com a comunidade.

Abaixo, seguem os dados dos estados brasileiros que promulgaram leis da reforma:

<b>Estado</b>	<b>Ano</b>	<b>Lei</b>
Rio Grande do Sul	1992	Lei n. 9.716, de 7 de agosto de 1992
Ceará	1993	Lei n. 12.151, de 29 de julho de 1993
Pernambuco	1994	Lei n. 11.064, de 16 de maio de 1994
Rio Grande do Norte	1995	Lei n. 6.758, de 4 de janeiro de 1995
Minas Gerais	1995	Lei no 11.802, de 18 de janeiro de 1995, Lei no 12.684, de 1 de dezembro de 1997 e Decreto no 42.910, de 26 de setembro de 2002
Paraná	1995	Lei n. 11.189, de 9 de novembro de 1995
Distrito Federal	1995	Lei n. 975, de 12 de dezembro de 1995
Espírito Santo	1996	Lei n. 5.267, de 10 de setembro de 1996

QUADRO 1. Lista de estados brasileiros que promulgaram leis de Reforma Psiquiátrica

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental 1990-2004**. 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

De acordo com o quadro acima, o tempo de promulgação entre uma lei e outra, foi respectivamente pequeno. Estas leis, mesmo embasadas em um debate geral, atenderam às demandas socioculturais e econômicas de cada região. Não nos coube uma análise das semelhanças e diferenças dessas leis no momento, mas, é possível que os encontros, as conferências e as novas diretrizes dos serviços da atenção primária à saúde tenham sido as bases para que pudessem ser discutidos os novos parâmetros da saúde mental no encontro de parlamentares exposto acima.

Percebemos o diálogo presente sobre a loucura na sociedade civil, o que colocava em jogo o conhecimento e estratégias sociais sobre a loucura. As próximas linhas que seguem procuraram identificar os enunciados fundamentais pertinentes à nova relação legal com a saúde mental no Brasil e ao discurso jurídico que começa a se edificar.

## 1.2 As principais normas legais que dispõem a respeito dos direitos das pessoas com doenças mentais

Entre 1990 e 2002, um número significativo de portarias governamentais sobre a saúde mental emergiu. Muitas dessas portarias foram resultantes dos congressos citados na primeira parte deste capítulo e, como veremos, foram embasadas pelo princípio básico da cidadania e da desinstitucionalização já que, durante muitos anos, loucura foi sinônimo de exclusão, isolamento e esteve nas margens da sociedade.

Nesse sentido, não só romper com o rótulo de doença mental era preciso, mas também havia a necessidade de romper com a ideia de manicômio como controle social e sobre as formas de tratamento para com o usuário, pois conforme Huertas “não negaremos o efeito que os muros manicomial tem tido sobre a população e seu significado atual no imaginário coletivo”.<sup>139</sup>

O movimento da Reforma Psiquiátrica trouxe consigo diversos influenciadores sociais, culturais e políticos, o que a legislação de saúde mental deixou transparecer em suas diretrizes. Descrever as rupturas e continuidades nessa legislação é atentar ao que Michel Foucault chamou de “superfícies de inscrição dos acontecimentos”<sup>140</sup>, em que o corpo do usuário de saúde mental se tornou um campo em que atuam forças múltiplas.

O movimento de reforma marca até hoje a tentativa de desconstruir sentidos pejorativos sobre a loucura e, a legislação, por sua vez, colocou a área da saúde mental dentro de embates políticos e teóricos a fim de redirecionar o foco da doença para o sujeito que é acometido por ela.

Como já comentamos anteriormente, a assistência em saúde mental a partir de 1990, passou a funcionar em forma de rede de atendimentos, isto é, não ficaram apenas a cargo do hospital psiquiátrico os cuidados com os usuários, visto que foi um momento em que palavras como desinstitucionalização e ressocialização estavam na ordem do dia. Em consonância com os debates, o Ministério da Saúde começou a investir em novas formas de cuidados na atenção básica, não fazendo acontecer o movimento de Reforma Psiquiátrica apenas dentro dos leitos dos hospitais.

---

<sup>139</sup> “No negaremos el efecto que los muros manicomial han tenido sobre la población y su significado actual en el imaginario colectivo.” HUERTAS, Rafael. Los lugares de la locura: reflexiones en torno a los manicomios y su papel en la génesis y el desarrollo de la psiquiatría. *Arbor*. Ciencia, Pensamiento y Cultura, v. CLXXXIV, n. 731, mayo-junio 2008, p. 471-480. p. 731. (tradução nossa)

<sup>140</sup> MACHADO, Roberto. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. 28. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014. p. 22.

Através da Portaria SNAS n. 189, de 19 de novembro de 1991<sup>141</sup>, que aprovou os Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS na área de Saúde Mental, o Ministério da Saúde considerou:

[...] a necessidade de melhorar a qualidade da atenção às pessoas portadoras de transtornos mentais; (...) a necessidade de diversificação dos métodos e técnicas terapêuticas, visando a integralidade da atenção a esse grupo e'; (...) finalmente, a necessidade de compatibilizar os procedimentos das ações de Saúde Mental com o modelo assistencial proposto.<sup>142</sup>

O documento apresentou “a necessidade de diversificação dos métodos e técnicas terapêuticas”<sup>143</sup>, estabelecendo vários procedimentos da área de saúde mental, em que as oficinas terapêuticas aparecem como nova forma de tratamento, incluindo um conjunto “de atividades (acompanhamento médico, acompanhamento terapêutico, oficina terapêutica, psicoterapia individual/grupal, atividades de lazer, orientação familiar)”<sup>144</sup>.

As oficinas terapêuticas são entendidas como “atividades de socialização, expressão e inserção social”<sup>145</sup> em que, para Rauter:

Se trata, sobretudo de agir, de inserir socialmente indivíduos encarcerados, segregados, ociosos - recuperá-los enquanto cidadãos. Como fazê-lo? Por meio de ações que passam fundamentalmente pela inserção do paciente psiquiátrico no trabalho e/ou em atividades artísticas, artesanais, ou em dar-lhe acesso aos meios de comunicação etc. Urge, portanto, dar aos pacientes oportunidades de inserção social mediante trabalho e criação artística.<sup>146</sup>

A portaria estabeleceu essa terapêutica para além da internação em hospitais e de consultas em ambulatórios, citando o atendimento em Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial (CAPS E NAPS), criando assim, novos dispositivos públicos de atenção.<sup>147</sup> As oficinas terapêuticas se mostraram como uma nova estratégia para a reabilitação psicossocial.

<sup>141</sup> BRASIL. 2004a. Op. cit., p. 237.

<sup>142</sup> Idem.

<sup>143</sup> Idem.

<sup>144</sup> Idem.

<sup>145</sup> Idem.

<sup>146</sup> RAUTER, Cristina. Oficinas para quê? Uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas. In: AMARANTE, Paulo (Org). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. p. 268.

<sup>147</sup> Segundo Fernando Tenório, a experiência com o NAPS surgiu no Programa de Saúde Mental de Santos. Para o autor: “A experiência santista nasceu da intervenção pública realizada pela nova administração municipal na Casa de Saúde Anchieta. A Anchieta era uma clínica privada conveniada com o Inamps (isto é, contratada e financiada pelo poder público para prestar assistência pública à população) e funcionava há quarenta anos

Mas, para isso, as oficinas deveriam não apenas se direcionar aos usuários como algo voltado a não ociosidade como apontado na portaria, mas sim, precisavam demonstrar aos usuários uma dimensão distinta, que possibilitasse a captura de experiências diferentes das quais esses sujeitos estavam habituados. Assim, era ir além da rotina proposta pela sua condição puramente medicalizada. Para Pinto, as oficinas deveriam “ser dinâmicas e favorecer os diferentes desejos, respeitando a singularidade e o tempo de cada sujeito”.<sup>148</sup>

Em consonância com a portaria 189, em 1992 a Portaria SNAS n. 224 de 29 de janeiro,<sup>149</sup> citada anteriormente, complementou a regularização dos CAPS E NAPS<sup>150</sup>, a partir das seguintes colocações:

- organização de serviços baseada nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações;
- diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial;
- garantia da continuidade da atenção nos vários níveis;
- multiprofissionalidade na prestação de serviços;
- ênfase na participação social desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução;
- definição dos órgãos gestores locais como responsáveis pela complementação da presente portaria normativa e pelo controle e avaliação dos serviços prestados.<sup>151</sup>

Para tanto, a portaria estabeleceu dois níveis de atendimento à saúde mental, o ambulatorial que “compreende um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas nas unidades básicas/centros de saúde e/ou ambulatorios especializados, ligados ou não a policlínicas, unidades mistas ou hospitais”<sup>152</sup> voltados ao:

---

absorvendo praticamente toda a demanda de internação asilar da região. A intervenção, motivada pelas denúncias (logo comprovadas) de mortes, superlotação, abandono e maus-tratos, transformou-se em desapropriação por razões de utilidade pública e depois desdobrou-se em ações para extinguir o manicômio na cidade, com a implementação de um Programa de Saúde Mental organizado em torno dos então criados Núcleos de Atenção Psicossocial (Naps).” Já o CAPS, como dito anteriormente, teve seu primeiro centro em São Paulo em 1987, que “à diferença da experiência de Santos, que consiste de todo um programa de políticas públicas, o Caps Luiz Cerqueira é uma unidade específica da rede pública do estado de São Paulo.” TENÓRIO. 2002. Op. cit., p. 39-40.

<sup>148</sup> PINTO. Vanessa Andrade Martins. **Oficinas terapêuticas em saúde mental: um olhar na perspectiva dos usuários do caps.** Dissertação (Mestrado) Universidade Federal do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2011. 103f. p. 78.

<sup>149</sup> BRASIL. 2004a. Op. cit., p. 243.

<sup>150</sup> A principal diferença entre o CAPS e o NAPS é que este último oferece cuidados e de emergência 24 horas oferecendo uma estrutura mínima de leitos aos usuários. Já o CAPS funciona como serviço de atendimento-dia, em que o usuários passo o dia desenvolvendo atividades diversas (atendimento individual e em grupo como aponta a portaria 224) e, no período da noite, volta para casa.

<sup>151</sup> BRASIL. 2004a. Op. cit., p. 243.

<sup>152</sup> Idem.

- atendimento individual (consulta, psicoterapia, dentre outros);
- atendimento grupal (grupo operativo, terapêutico, atividades socioterápicas, grupos de orientação, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde);
- visitas domiciliares por profissional de nível médio ou superior;
- atividades comunitárias, especialmente na área de referência do serviço de saúde.<sup>153</sup>

A noção da coletividade apareceu como marca central nessas novas direções do atendimento, o que implicou no fator fundamental do contato social, da troca de experiências e da ressocialização dos usuários. As atividades socioterápicas sugerem até hoje terapias que vão além do uso de medicamentos, sendo que um não exclui a existência do outro.

Dentre o serviço ambulatorial,<sup>154</sup> o CAPS e o NAPS apareceram como intermediários entre o ambulatório e o hospital, sendo locais e regionalizados, facilitando o acesso dos usuários:

2.1 Os NAPS/CAPS são unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional.

2.2 Os NAPS/CAPS podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Atendem também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. Deverão estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental.<sup>155</sup>

A portaria estabeleceu normas para o atendimento hospitalar no hospital-dia<sup>156</sup>, em que “representa um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que desenvolve programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação integral”.<sup>157</sup>

---

<sup>153</sup> Idem.

<sup>154</sup> De acordo com Tenório: “Da regulamentação ministerial, importa chamar a atenção para o seguinte: embora pertençam ao grupo do atendimento ambulatorial, os Caps e Naps são estruturas específicas, diferentes do ambulatório stricto sensu; embora os hospitais-dia tenham sido os precursores históricos dos Caps, a expressão hospital-dia passa a designar uma estrutura propriamente hospitalar, de semi-internação, com duração máxima de 45 dias, podendo-se deduzir que ela visa a oferecer atendimento intensivo em períodos mais agudos, para evitar internação, ou em saídas de internação, como estrutura de passagem.” TENÓRIO. 2002. Op. cit., p. 42.

<sup>155</sup> BRASIL. 2004a. Op. cit., p. 244-245.

<sup>156</sup> O hospital-dia é a assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial, sendo indicado quando a permanência do usuário na unidade é solicitada por um período de até 12 horas.

<sup>157</sup> BRASIL. 2004a. Op. cit., p. 246.

O hospital-dia foi considerado o precursor do CAPS e do NAPS, mas, a partir dessa portaria ele passou a designar um sistema propriamente hospitalar de semi-internação de 45 dias, enquanto o CAPS e o NAPS possuem um caráter não hospitalar, no sentido biomédico e sintomatológico.<sup>158</sup> Conforme apontou Tenório “pode-se deduzir que ela visa oferecer atendimento intensivo em períodos mais agudos, para evitar internação ou em saídas de internação, como estrutura de passagem”.<sup>159</sup>

Ainda, a portaria refletia sobre o serviço de urgência psiquiátrica em hospital-geral, o que significava um grande passo no processo de Reforma Psiquiátrica quando se fala em serviços em rede e sobre a regionalização do atendimento, já que estabeleceu “os serviços de urgência psiquiátrica em prontos-socorros gerais funcionam diariamente durante 24 horas e contam com o apoio de leitos de internação para até 72 horas, com equipe multiprofissional”.<sup>160</sup>

O documento, portanto, regulamentou o funcionamento dos serviços de atendimento aos usuários de saúde mental a partir de uma rede que começou a ser construída em diferentes opções de atendimento e com a participação ativa de diferentes pessoas, como trabalhadores em saúde mental, os militantes da luta antimanicomial, associações de usuários e familiares, estudiosos do tema e gestores municipais e estaduais.<sup>161</sup>

Visando entender essa característica das novas estratégias terapêuticas, ressaltamos a Portaria SAS nº 145, de 25 de agosto de 1994<sup>162</sup>, sobre a criação de "um subsistema de supervisão, controle e avaliação da assistência em saúde mental, com o objetivo de acompanhar e avaliar, junto aos estabelecimentos prestadores de serviços do SUS, a correta aplicação das normas em vigor". Este subsistema deveria ter representantes nas três esferas de governo, a partir da criação de Grupos de Avaliação da Assistência Psiquiátrica (GAP), compostos por:

- um representante do nível de gestão do SUS que institui o Grupo;
- um representante das Associações de Usuários de Serviços de Saúde Mental e Familiares;
- um técnico de Vigilância Sanitária da Secretaria de Saúde;
- um representante de cada conselho regional de profissionais na área de Saúde, da jurisdição;

<sup>158</sup> TENÓRIO. 2002. Op. cit., p. 42.

<sup>159</sup> Idem.

<sup>160</sup> BRASIL. 2004a. Op. cit., p. 247.

<sup>161</sup> NUNES, Karla Gomes; GUARESCHI, Neuza M. de F.. Da substituição à alternância: a legislação em saúde mental e a rede de serviços na cidade de Porto Alegre. *Aletheia*, Canoas, n. 35-36, p. 137-153, dez. 2011.

<sup>162</sup> BRASIL. 2004a. Op. cit., p. 263.

– um representante dos prestadores de serviços.<sup>163</sup>

A função desse grupo articulava-se no “controle e avaliação da assistência em saúde mental, com o objetivo de acompanhar e avaliar, junto aos estabelecimentos prestadores de serviços do SUS, a correta aplicação das normas em vigor”.<sup>164</sup> A portaria foi construída reforçando todo o processo de reforma da assistência psiquiátrica, destacando que uma de suas atribuições era “priorizar os hospitais psiquiátricos para a finalidade de vistoria e avaliação, tendo em vista o momento atual do processo reestruturação da assistência psiquiátrica”.<sup>165</sup>

Esse momento de reestruturação foi totalmente pautado na cidadania, como já mencionado anteriormente, assim a preocupação como o sujeito se tornou uma constante. A Portaria SAS n. 147, de 25 de agosto de 1994<sup>166</sup> pronunciava-se sobre a “necessidade de melhorar a qualidade da assistência prestada às pessoas portadoras de transtornos mentais”,<sup>167</sup> vejamos:

Estes serviços devem oferecer, de acordo com a necessidade de cada paciente, as seguintes atividades:

a - avaliação médico-psicológica e social;

b - atendimento individual (medicamentoso, psicoterapia breve, terapia ocupacional, dentre outros);

c - atendimento grupal (grupo operativo, psicoterapia em grupo, atividades sócio-terápicas);

d - abordagem à família incluindo orientação sobre o diagnóstico, o programa de tratamento, a alta hospitalar e continuidade do tratamento;

e - preparação do paciente para a alta-hospitalar, garantindo sua referência para a continuidade do tratamento em unidade de saúde com programa de atenção compatível com sua necessidade (ambulatorial, hospital-dia, núcleo/centro de atenção psicossocial), visando prevenir a ocorrência de outras internações;

f - essas atividades deverão constituir o projeto terapêutico da instituição, definido como o conjunto de objetivos e ações, estabelecidos e executados pela equipe multiprofissional, voltados para a recuperação do paciente, desde a admissão até a alta.<sup>168</sup>

---

<sup>163</sup> Idem.

<sup>164</sup> Idem.

<sup>165</sup> Ibidem. p. 02.

<sup>166</sup> BRASIL. 2004a. Op. cit., p. 267.

<sup>167</sup> Idem.

<sup>168</sup> Idem.

Foram dois pontos importantes levantados pela portaria. O primeiro foi a proposição de serviços voltados às necessidades dos usuários e, o segundo, o estabelecimento de pontes entre os usuários e as famílias.

Com relação ao primeiro ponto, a denominação “empresa social” de Rotelli<sup>169</sup> pode ser aplicada na problematização, pois se refere ao processo de desinstitucionalização e, nesse sentido, “faz viver’ o social, o que é distinto, portanto, da situação precedente, na qual o social era expropriado de suas contradições, delegado aos psiquiatras, recluso nos muros do manicômio”.<sup>170</sup>

A empresa social, defendida por Rotelli, caracteriza um movimento cultural e administrativo que faz com que haja o dismantelamento do manicômio e o surgimento da rede de serviços em que os direitos dos cidadãos sejam mantidos e reforçados. Para Rotelli:

Assim, empresa social é, por exemplo, a transformação de uma grande e única instituição - o manicômio - em uma rede de serviços sanitários nos quais os direitos do cidadão vêm salvaguardados e, sobretudo, vêm construídos, porque o problema das práticas sanitárias não é apenas aquele de respeitar os direitos das pessoas, mas de ser, efetivamente, instrumento para a construção material dos seus direitos.<sup>171</sup>

O direito do usuário de ser assistido recaiu, em muitos casos, da redução de sua potencialidade e de sua produtividade. Quando a portaria citou as necessidades dos usuários, ela pode ser interpretada como uma tentativa de retomar a produtividade social desses sujeitos e fazê-los viver o social, entendendo e aceitando suas necessidades. Com isso, retirou-se a ideia de cura como a única saída possível na dicotomia saúde-doença, tornando o próprio usuário sujeito de seu tratamento. Para Rotelli “empresa social, portanto, é sair desse mundo de improdutividade, destruir essa produção de improdutividade e, ao contrário, construir a produtividade social de todos os sujeitos que, até então, estavam imobilizados pelo manicômio”.<sup>172</sup>

Ainda partindo desse conceito, a empresa social também chama atenção para como a família reage quando um membro seu é internado em um hospital psiquiátrico, ficando “cobertos de vergonha, de culpa, vítimas de tabus e preconceitos, geralmente oscilando entre o aceitar e o negar a verdade, entre enfrentar essa verdade como culpa, ou entre esconder o

---

<sup>169</sup> ROTELLI, Franco. Empresa social: construindo sujeitos e direitos. In: AMARANTE. Op. cit., 2000. p. 301.

<sup>170</sup> Idem.

<sup>171</sup> Ibidem. p. 303.

<sup>172</sup> Ibidem. p. 304.

próprio filho, esconder a verdade da loucura”.<sup>173</sup> Isso significa que os familiares também possuem um saber, pautado em senso comum e, que precisa ser revisto.

Michel Foucault em seu curso denominado *O Poder Psiquiátrico*<sup>174</sup> já mostrava como existe um discurso de verdade sobre a loucura que torna problemática e sobrecarregada a relação entre o louco e a família.<sup>175</sup> Para o autor, “logo à entrada no asilo, a vida no asilo implicam necessariamente a ruptura com a família”.<sup>176</sup> Isso advém de uma herança que preconizava, até pouco tempo, que o cuidado com o usuário era responsabilidade apenas dos hospitais psiquiátricos a partir de seu ingresso nestes. Mas, na conjuntura atual, a família é considerada como um dos principais pilares junto aos serviços substitutivos, para a resolução dos problemas dos usuários, como bem apontaram as conferências e portarias analisadas até aqui.

Foi essa ruptura com o modelo tradicional das instituições psiquiátricas, que os projetos de reformas na saúde mental pretenderam exercer desde o início, começando pela família que, assim como o usuário, também necessitava de uma rede de apoio para conviver no complexo cotidiano em que estava inserida.

Dentre as inúmeras portarias e em diálogo direto com todas, inclusive cronologicamente, foi sancionada no estado do Paraná, a Lei n. 11.189, de 09 de Novembro de 1995. A lei da Reforma Psiquiátrica paranaense “dispõe sobre condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares, de cidadãos com transtornos mentais”.<sup>177</sup> A lei, que vamos comentar mais detalhadamente no próximo tópico deste capítulo foi decorrente de um projeto de autoria do médico Florisvaldo Fier, conhecido por Dr. Rosinha, que na época era deputado pelo Partido dos Trabalhadores (PT-PR). A lei buscava a substituição do modelo hospitalocêntrico por outras formas de serviços e de assistência de saúde mental. A promulgação desta lei acompanhou os projetos de leis de reformas em outros estados do país, principalmente após a entrada, na câmara do projeto da lei federal da Reforma Psiquiátrica, apresentado por Paulo Delgado, também do PT, em 1989.<sup>178</sup>

---

<sup>173</sup> Idem.

<sup>174</sup> FOUCAULT. 2006. Op. cit.

<sup>175</sup> Idem. p. 117.

<sup>176</sup> Ibidem. p. 127.

<sup>177</sup> BRASIL. 2004a. Op. cit., p. 53.

<sup>178</sup> BRASIL. 1989. Op. cit. Esta lei não será aprofundada nesse momento, visto que ela será melhor problematizada no próximo sub-capítulo, juntamente com a Lei Paulo Delgado 10.216 de 2001, em que serão apontadas as semelhanças e as especificidades de cada uma de maneira isolada. Assim, cabe agora apenas a análise de portarias ministeriais gerais.

Outro marco importante quanto aos novos modelos de atenção em saúde mental, ocorreu com a instituição dos “serviços residenciais terapêuticos” (SRT) pela Portaria GM n. 106, de 11 de fevereiro de 2000:<sup>179</sup>

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, considerando:  
a necessidade da reestruturação do modelo de atenção ao portador de transtornos mentais, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS;  
a necessidade de garantir uma assistência integral em saúde mental e eficaz para a reabilitação psicossocial;  
a necessidade da humanização do atendimento psiquiátrico no âmbito do SUS, visando à reintegração social do usuário;  
a necessidade da implementação de políticas de melhoria de qualidade da assistência à saúde mental, objetivando à redução das internações em hospitais psiquiátricos, resolve:  
Art. 1º - Criar os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais.<sup>180</sup>

As Residências Terapêuticas seriam “moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais”<sup>181</sup> viabilizando a reinserção social, visto que eram destinadas aos usuários que são considerados moradores das instituições, por viverem há muitos anos sob a condição de internamento. As residências, de acordo com a portaria, deveriam ser estruturadas a partir de dois tipos:

§ 1º - São definidos como SRT Tipo I as moradias destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, devendo acolher no máximo oito moradores.  
§ 2º - São definidos como SRT Tipo II as modalidades de moradia destinadas às pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que necessitam de cuidados permanentes específicos, devendo acolher no máximo dez moradores.<sup>182</sup>

Para Tenório, a portaria trouxe o SRT como uma tentativa de “permitir que essas pessoas tenham uma moradia assistida, porém, fora do ambiente hospitalar, com arquitetura,

<sup>179</sup> BRASIL. 2004a. Op. cit., p. 100.

<sup>180</sup> Idem.

<sup>181</sup> Idem.

<sup>182</sup> BRASIL. **Portaria n. 106, de 11 de fevereiro de 2000**. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Brasília: Ministério da Saúde. 2000. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-106-11-FEVEREIRO-2000.pdf>> Acesso em: 23 de set. 2017. p. 01.

espaço físico e mobiliário adequados a uma casa, e que elas sejam acompanhadas em seu processo de reabilitação psicossocial”.<sup>183</sup>

Importante, nesse sentido, foi que a portaria indicou uma tentativa de recuperar a cidadania desses sujeitos, na medida da “construção progressiva da sua autonomia nas atividades da vida cotidiana e à ampliação da inserção social”.<sup>184</sup> Por conseguinte, seu projeto terapêutico deveria, entre outras coisas,

b) ter como objetivo central contemplar os princípios da reabilitação psicossocial, oferecendo ao usuário um amplo projeto de reintegração social, por meio de programas de alfabetização, de reinserção no trabalho, de mobilização de recursos comunitários, de autonomia para as atividades domésticas e pessoais e de estímulo à formação de associações de usuários, familiares e voluntários.<sup>185</sup>

Assim, a portaria entendia o SRT como uma possível substituição ao modelo asilar, o que, claro, não faria deixar de existirem os leitos nas instituições, os quais, por sua vez, não representavam o único horizonte terapêutico na saúde mental. Tratava-se, portanto, de gradativamente, substituir o antigo modelo por novos dispositivos que atendessem às premissas básicas de ressocialização e desinstitucionalização.

O Ministério da Saúde, com vistas a manter e impulsionar os avanços na saúde mental brasileira contra o modelo hospitalocêntrico, estabeleceu também a Portaria GM n. 799, de 19 de julho de 2000<sup>186</sup>, para “instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Permanente de Organização e Acompanhamento das Ações Assistenciais em Saúde Mental”.<sup>187</sup> O programa deveria avaliar a assistência à saúde mental no Brasil, supervisionar os hospitais psiquiátricos, analisar as alternativas assistenciais nessa área e “regular, ordenar e orientar esta assistência e com o princípio fundamental de incrementar a capacidade do poder público de gerir o sistema de saúde e de responder, de forma qualificada e integrada, às demandas de saúde de toda a população”.<sup>188</sup>

Nessa época, foi indicada pelas portarias uma maior atenção aos usuários de longa duração, como visto sobre as Residências Terapêuticas. Partindo dessa premissa, em 2001, a

<sup>183</sup> TENÓRIO. 2002. Op. cit., p. 52.

<sup>184</sup> BRASIL. 2004a. Op. cit., p. 101.

<sup>185</sup> Idem.

<sup>186</sup> BRASIL. 2004a. Op. cit., p. 105.

<sup>187</sup> Idem.

<sup>188</sup> Idem.

Portaria SAS n. 111 de 3 de abril<sup>189</sup> estabeleceu que “as internações de longa permanência deixam de ter validade máxima, devendo ser emitidas AIH-5 quanto necessárias, até a alta, óbito ou transferência do paciente”.<sup>190</sup> Ou seja, os dados dos pacientes passaram a ser atualizados mensalmente, o que possibilitou um acompanhamento das internações de longa duração de forma mais válida e, ainda, permitiu um mapeamento desses usuários quanto aos serviços de desinstitucionalização, pois apresentavam a realidade da institucionalização.

Vejamos alguns dados sobre o processo de desinstitucionalização através das RTS e dos CAPS no Brasil:

ESTADO	MÓDULOS	MORADORES
PA	01	05
CE	01	08
MA	02	14
PE	06	41
RN	02	-
SE	07	36
GO	02	16
MT	10	80
ES	01	-
MG	24	183
RJ	34	168
SP	135	669
PR	05	57
RS	32	86
<b>14</b>	<b>262</b>	<b>1.336</b>

QUADRO 2. Serviços Residenciais Terapêuticos em Funcionamento até 2004

Fonte: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas**: o que são, para que servem. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. p. 15.

No Paraná, o destaque foi dado aos municípios de Campina Grande do Sul com 02 RTS e 34 usuários; Curitiba com 02 RTS e 13 usuários e Pinhais com 01 RT e 10 usuários.<sup>191</sup> O documento apontava como demarcadores dos SRTS no Brasil, os programas "De Volta Para Casa" e "Programa de Reestruturação dos Hospitais Psiquiátricos", criados pelo Ministério da

<sup>189</sup> BRASIL. 2004a. Op. cit., p. 269.

<sup>190</sup> Idem. AIH corresponde a “Autorização de Internação Hospitalar” que constam todas as informações de internações realizadas pela instituição. No caso da portaria, o AIH 5 significa “continuidade” de internação, ou seja, se refere diretamente a longa permanência de usuários.

<sup>191</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas**: o que são, para que servem. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. Disponível em: < <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf> > Acesso em: 17 de fev. 2018. p. 15.

Saúde no governo de Luís Inácio Lula da Silva (PT). Os dois programas foram criados com base na lei Federal de Reforma Psiquiátrica de 2001, o primeiro foi efetivado com a Lei Federal n. 10.708 de 31 de julho de 2003<sup>192</sup>, com vistas a “realizar a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas acometidas de transtornos mentais com história de longa internação psiquiátrica (dois anos ou mais de internação)”<sup>193</sup>.

Já o Programa de Reestruturação dos Hospitais Psiquiátricos foi instaurado pela Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004:

Considerando a necessidade de estabelecer critérios técnicos para a redução progressiva de leitos, especialmente nos hospitais de maior porte, de modo a garantir a adequada assistência extra-hospitalar aos internos;  
 Considerando a necessidade de estabelecer uma planificação racional dos investimentos financeiros do SUS no sistema hospitalar psiquiátrico e na rede de atenção psicossocial, de modo a permitir uma transição adequada do modelo assistencial; e  
 Considerando a urgência de se estabelecer critérios racionais para a reestruturação do financiamento e remuneração dos procedimentos de atendimento em hospital psiquiátrico, com recomposição das diárias hospitalares<sup>194</sup>

No geral, percebemos a partir dos dados sobre as SRTs no Brasil, as limitações que rondaram o processo de desinstitucionalização, afinal, em termos históricos este é ainda muito recente e as portarias não dão um fim a Reforma Psiquiátrica, pelo contrário, marcaram um começo. Os dados apontam que apenas em 2004 houve um maior número de usuários asilares em Residências Terapêuticas. Já a reinserção familiar se mantinha incipiente.

Já os CAPS, considerados uma das saídas mais diretas ao atendimento hospitalocêntrico, apresentavam os seguintes dados:

<sup>192</sup> BRASIL. 2004a. Op. cit., p. 23.

<sup>193</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Volta para Casa: liberdade e cidadania para quem precisa de cuidados em saúde mental. Brasília: DF. 2003. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prog\\_volta\\_para\\_casa.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prog_volta_para_casa.pdf)> Acesso em: 17 de fev. 2017. p. 02.

<sup>194</sup> BRASIL. 2004a. Op. cit., p. 227.

<b>REGIÃO NORTE</b>					
<b>UF</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
AM	0	0	0	1	3
AC	0	1	1	1	2
AP	1	1	2	2	2
PA	12	15	19	20	24
TO	4	5	5	5	05
RR	0	1	1	1	1
RO	2	3	4	7	9
<b>REGIÃO NORDESTE</b>					
AL	6	7	7	13	35
BA	14	32	37	42	89
CE	24	26	29	36	57
MA	4	5	6	19	36
PB	2	4	12	16	34
PE	11	17	20	24	31
PI	1	1	3	10	21
RN	6	7	9	12	21
SE	3	8	13	16	20
<b>REGIÃO CENTRO-OESTE</b>					
DF	2	2	2	3	3
GO	6	11	13	16	19
MT	9	12	17	24	28
MS	4	4	5	9	12
<b>REGIÃO SUDESTE</b>					
ES	6	7	9	11	15
MG	56	67	80	91	105
RJ	51	52	59	63	72
SP	105	110	127	143	166
<b>REGIÃO SUL</b>					

PR	15	16	22	31	54
RS	55	61	70	78	97
SC	25	25	33	44	50
Total	424	500	605	738	1011

QUADRO 3. Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial até 2006

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Acesso ao Tratamento e Mudança do Modelo de Atenção**. Brasília: DF. 2007. p. 12.

Os dados indicavam uma desigualdade na distribuição dos CAPS pelo Brasil, cabendo à região nordeste um número maior e a região norte com uma cobertura cinco vezes menor. Nesta dissertação não tivemos como avaliar as condições específicas sobre a saúde mental de cada região, porém, concordamos com Heidrich que houve um aumento na rede de serviços comunitários de atenção à saúde mental, o que demonstra que a reforma vem sendo implantada no Brasil.<sup>195</sup> Para a autora:

Segundo dados do Ministério da Saúde, no final da década de 1980, havia dez CAPS no Brasil. Em 2001, ano da aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica, já eram contabilizados 295. Em 2003, 500 CAPS. E o ano de 2006 fechou com o cadastramento do CAPS 1000, muito comemorado pela Coordenação de Saúde Mental do MS.<sup>196</sup>

Ademais, com as portarias, podemos observar uma abordagem imprecisa quanto ao tratamento aos usuários, não havia maiores especificações, cabendo apenas na portaria sobre oficinas terapêuticas algumas considerações sobre trabalhos em grupos.

Outro ponto a se destacar nessas portarias é a questão sociocultural, problematizada no trabalho de Heidrich.<sup>197</sup> No geral, o Ministério da Saúde trouxe as ferramentas essenciais para que ocorressem mudanças no funcionamento dos novos serviços na área de saúde mental, mas deixou escapar uma das maiores problemáticas sobre a loucura: como a sociedade a entende e delimita seu lugar.

Portanto, nos próximos capítulos junto ao estudo do HCAB, analisamos como as determinações legais não foram as responsáveis pela transformação histórica e cultural do entendimento da loucura, sendo um caminho ainda longo a se trilhar, o que confere ao

<sup>195</sup> HEIDRICH. 2007. Op. cit., p. 121.

<sup>196</sup> Idem.

<sup>197</sup> Ibidem. p. 157.

movimento da Reforma Psiquiátrica sua condição inacabada. Para Heidrich “trata-se da necessidade de se criar um outro imaginário social que a sociedade tem sobre a loucura, e isso só se torna possível, transportando a problemática da loucura para todas as instâncias da sociedade, revendo conceitos, valores e verdades acerca da mesma”.<sup>198</sup>

Já sobre a cidadania, as portarias demonstraram como esse conceito se tornou central nas discussões, muito mais que a palavra “desinstitucionalização”. Também, as portarias, trouxeram um discurso portador de grande significado quanto a loucura.

Retomamos, em primeiro lugar, o projeto de lei de Paulo Delgado em 1989 que: “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais”<sup>199</sup>; a portaria n.º 189, de 19 de novembro de 1991 em que o Ministério da Saúde considerava: “a necessidade de melhorar a qualidade da atenção às pessoas portadoras de transtornos mentais”;<sup>200</sup> a portaria n. 147 de 25 de agosto de 1994 que se pronunciava sobre a “necessidade de melhorar a qualidade da assistência prestada às pessoas portadoras de transtornos mentais”<sup>201</sup> e a portaria n. 106, de 11 de fevereiro de 2000 sobre “a necessidade da reestruturação do modelo de atenção ao portador de transtornos mentais.”<sup>202</sup>

Essa nomenclatura conferiu aos sujeitos a condição de alguém portador de enfermidade, ou seja, a loucura, nesse momento, nos pareceu ser entendida puramente como doença e nada além disso, o que reforçava a noção de tutela pelo Estado no tratamento e na busca da cura da doença. Reforçaram-se saberes e práticas e, quando a loucura ficou entendida basicamente pela sua concepção de doença, a própria questão cultural aprisionou-se nos atributos biologizantes. Sendo assim:

Logo, percebemos que a doença mental enquanto experiência medicalizada da loucura é a contraface da captura e objetivação da existência pela loucura individual, que instaura um espaço qualificado fixado na alienação e na sujeição do sujeito à sua loucura. Em contraponto a esta experiência em que se enlouquece de fato e de direito é que pautamos uma experiência trágica da loucura que encarna o Outro de nossa cultura, enquanto experiência-limite e transgressão, na qual ela pode ultrapassar inclusive a si mesma enquanto doença mental.<sup>203</sup>

<sup>198</sup> Idem.

<sup>199</sup> BRASIL. 1989. Op. cit.

<sup>200</sup> BRASIL. 1991. Op. cit., p. 01.

<sup>201</sup> BRASIL. 2004a. Op. cit., p. 267.

<sup>202</sup> Ibidem. p. 100.

<sup>203</sup> PRADO, G. A. S. Revisitando a História da loucura: experiência trágica, exclusão, captura e tutela. **ECOS. Estudos Contemporâneos da Subjetividade.** v. 6, n. 2, p. 223-238, 2016. p. 237.

Assim, por mais que a legislação tenha estabelecido novos parâmetros quanto à assistência, ainda se repetiram alguns discursos bastante conhecidos sobre a loucura. O louco continuou sendo entendido como portador da doença, mas agora cuidado sob novas práticas. Todavia, o que deu contorno realmente à luta antimanicomial foi toda uma rede de poderes e saberes que vão além da legislação, que acontecem cotidianamente, dentro e fora dos serviços de saúde mental. Foi preciso atingir toda a sociedade.

### **1.3 Aspectos da constituição da Lei Estadual n. 11.189 da Reforma Psiquiátrica no Paraná e a da Lei Federal n. 10.216**

Como vimos, a década de 1990 foi marcada por leis de Reforma Psiquiátrica em alguns estados brasileiros, sendo o precursor o estado do Rio Grande do Sul. Após o encontro de parlamentares em 1993, um novo impulso foi dado para a modificação da legislação de saúde mental e o Paraná aderiu a este movimento.

No dia 23 de fevereiro de 1995, o médico, e então deputado estadual pelo Partido dos Trabalhadores (PT-PR) Florisvaldo Fier, conhecido por Doutor Rosinha, apresentou o Projeto de Lei n. 017, com a seguinte súmula:

Dispõe sobre a atenção à saúde mental no Paraná, determina a substituição atual modelo hospitalocêntrico no atendimento às doenças mentais por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias e dá outras providências.<sup>204</sup>

Baseado no artigo n. 5 da Constituição Federal de 1988 em que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”<sup>205</sup>, o projeto de lei propunha em seu artigo 1:

Com fundamento em transtorno em saúde mental, ninguém sofrerá limitação em sua condição de cidadão e sujeito de direitos, internações de qualquer natureza ou outras formas de privação de liberdade sem o devido processo legal nos termos do Art. 5º, inciso LIV da Constituição Federal.

---

<sup>204</sup> PARANÁ. **Projeto de Lei n. 017**. Dispõe sobre a atenção à saúde mental no Paraná, determina a substituição atual modelo hospitalocêntrico no atendimento de doenças mentais por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias e dá outras providências. Curitiba, Pr. 1995.

<sup>205</sup> BRASIL. 1988a. Op. cit., p. 17.

Parágrafo único – A internação voluntária de maiores de idade em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares exigirá laudo médico que fundamente o procedimento, bem como informações que assegurem ao internado formar opinião, manifestar vontade e compreender a natureza de sua decisão.<sup>206</sup>

O projeto defendia ainda a substituição do antigo modelo hospitalocêntrico por uma rede integrada e “variados serviços assistenciais de atenção sanitária e social”<sup>207</sup> questões que já haviam sido discutidas em nível federal pelas portarias anteriores à 1995. Nesse sentido, o projeto de lei sugeria que ficaria vedada a construção ou ampliação de hospitais psiquiátricos, o que dialogava diretamente com a desinstitucionalização.

Uma das principais proposições do processo de reforma, já em andamento no país, era a busca pela assistência em nível de rede de serviços, o artigo n. 4 do projeto de lei delimitava que “será permitida a construção de unidades psiquiátricas em hospitais gerais”<sup>208</sup>, o que representava a busca pela regionalização do atendimento e a maior facilidade de acesso para esses usuários.

Essa descentralização e regionalização foram colocadas como parâmetros para que as prefeituras municipais formassem conselhos comunitários que teriam como função principal “assistir, auxiliar e orientar as famílias, de modo a garantir a integração social e familiar dos que forem internados”.<sup>209</sup> Novamente ficava explícita a participação efetiva da comunidade e da família.

Outro fator importante foi colocado no projeto de lei que, por sua vez, dialogou diretamente com o projeto de lei proposto pelo então deputado federal Paulo Delgado, em 1989. Retomando o projeto de lei federal da reforma, sua primeira premissa era a “a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais”<sup>210</sup>, e a supressão ou regulação da internação psiquiátrica compulsória.

O projeto de lei paranaense deixou claro o entendimento sobre a internação compulsória definida como “aquela realizada sem o expresse consentimento do paciente, em qualquer serviço de saúde, sendo o médico responsável por sua caracterização”.<sup>211</sup> A internação compulsória possuía como objetivo intervir quando o paciente está em crise, levando em consideração o risco para si mesmo e para os outros. Porém, a ideia do projeto de lei se impôs

<sup>206</sup> PARANÁ. 1995. Op. cit., p. 01.

<sup>207</sup> Idem.

<sup>208</sup> Ibidem. p. 02..

<sup>209</sup> Ibidem. p. 04.

<sup>210</sup> BRASIL. 1989. Op. cit., p. 01.

<sup>211</sup> PARANÁ. 1995. Op. cit. p. 05.

aos casos extremos e de abuso desse tipo de internação, estabelecendo então, algumas considerações que dificultassem essa ação em casos desnecessários:

1º A internação psiquiátrica compulsória deverá ser comunicada pelo médico que a procedeu, no prazo de 72 horas, à autoridade do Ministério Público, e quando houver, à autoridade de Defensoria Pública.

2º A autoridade do Ministério Público, ou, quando houver, da Defensoria Pública, deverá emitir parecer sobre a necessidade e a legalidade do ato de internação e da manutenção do internamento, desde que exista solicitação nesse sentido e que constitua uma junta interdisciplinar composta por 3 membros, sendo um psiquiatra, um psicólogo e um outro profissional da área de saúde mental com formação de nível superior.<sup>212</sup>

A internação compulsória se relacionava, nesse sentido, com a retirada dos direitos dos usuários, o que por sua vez era a maior pauta no processo antimanicomial. O projeto tentava evitar, nos casos extremos, a repetição da imbricação excludente entre loucura e cidadania. Assim, percebemos como o próprio conceito se produz relacionado com o momento histórico em que se está inserido. Como o projeto foi articulado com base na Constituição de 1988 e fazia logo no seu primeiro artigo a exposição sobre os direitos do cidadão, vemos que cabe às políticas públicas atenderem às demandas pela manutenção desses direitos e da cidadania.

Quando no projeto houve a indicação do necessário respeito à manifestação da vontade do indivíduo nos casos de internação compulsória, mostrou a percepção do problema comum que cercava a loucura, ou seja, a ausência da liberdade substantiva do sujeito. Nesse sentido, Birman apontou como houve essa exclusão da cidadania do louco na sociedade moderna:

Se na figura da doença mental foi reconhecido ao louco o estatuto social de enfermo, com direito à assistência e ao tratamento, sob a proteção do Estado, foi com base no mesmo discurso da enfermidade mental que se autorizou também a exclusão social dos doentes mentais e a destituição correlata de seus demais direitos sociais, isto é, a sua condição de cidadania plena.<sup>213</sup>

Assim, a enfermidade mental, como se referiu Birman, por muito tempo foi usada como justificativa para exclusão social de muitos sujeitos e, se retomarmos as obras de Michel Foucault, vemos como a própria legislação apoiava essa ação. Nesta direção, o mesmo Estado – mas agora junto às políticas públicas e movimentos sociais – que relegou a loucura à margem, utilizou do discurso da exclusão para garantir o direito à cidadania. Assim, não soa

<sup>212</sup> Idem.

<sup>213</sup> BIRMAN, Joel. A cidadania tresloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: BEZERRA, JR. B. AMARANTE. P (orgs). **Psiquiatria sem hospício**: Contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará. 1992. p. 71-90. p. 73.

estranho que o projeto seja finalizado ressaltando os usuários asilares e a necessidade de sua reintegração na sociedade.

Ficou estipulado também no projeto que após três anos da publicação da lei o novo modelo proposto seria reavaliado. O projeto de lei tramitou por nove meses, sendo promulgada a lei e publicada no Diário Oficial n. 4.632, em 10 de Novembro de 1995. A lei de Reforma Psiquiátrica no Paraná recebeu o número de Lei 11.189, de 09 de novembro de 1995, e sua súmula foi modificada para “dispõe sobre condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cuidados com transtornos mentais”.<sup>214</sup> Na sua disposição, a lei deixou uma interpretação genérica sobre quem poderia ou não ser cuidado.

O documento final permaneceu trazendo as mesmas colocações do projeto de lei, reforçando o resguardo da cidadania, a vistoria das instituições psiquiátricas, o trabalho em rede de saúde mental com reforço dos hospitais gerais e hospitais-dia e, ressaltando a problemática da internação compulsória, ao instituir que as instâncias como o Ministério Público e a Defensoria Pública emitissem “(...) parecer sobre a necessidade e legalidade do ato de internação e da manutenção do internamento”.<sup>215</sup> Aqui, o poder médico foi questionado em meio a esse processo por outros saberes, pois como bem aponta Fonte, por muito tempo a internação nem sempre foi clara, cabendo ao médico psiquiatra e à família decidir pelo paciente.<sup>216</sup>

Isso representou uma inversão da relação médica e jurídica. No livro *Os Anormais*,<sup>217</sup> Foucault apontou como o perigo de moralização e perigo social fez com que houvesse uma interferência na vida dos indivíduos através da noção da norma. Em primeiro momento, o que se colocava ao psiquiatra era a questão do perigo e da desordem que ele deveria conter. O comportamento dos indivíduos passava a ser controlado e observado para que a ordem e a segurança pública fossem mantidas.

Em um segundo momento, o papel do doente começou a aparecer de uma forma cada vez mais direcionada ao que ele podia cometer e não ao que ele podia compreender, o diagnóstico médico era a regra. Foucault mostrou que a psiquiatria usou dessa posição de controladora para colonizar o campo jurídico, disciplinar e social, a fim de firmar sua profissão enquanto tornava psiquiátrica uma série de condutas, em que “tudo que é desordem,

---

<sup>214</sup> BRASIL. 2004a. Op. cit., p. 53.

<sup>215</sup> Idem. p. 55.

<sup>216</sup> FONTE, Eliane M. Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. **Estudos de Sociologia**, UFPE, Recife, v. 1, n. 18, p.1-20, 2012.

<sup>217</sup> FOUCAULT, Michel. **Os anormais**: curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.

indisciplina, agitação, indocilidade, caráter recalcitrante, falta de afeto, etc., tudo isso pode ser psiquiatrizado agora”.<sup>218</sup>

Portanto, toda essa discussão em torno do papel da medicina – especificamente da psiquiatra – foi importante para pensar como a produção de verdades vindas do papel do médico, do especialista, se perpetuou e foi considerada como fato e, muitas vezes, uma verdade regrada. Porém, se anteriormente o campo médico colonizava o jurídico, agora o jurídico passava a colocar limite sobre o campo médico.

Todas essas questões dialogam diretamente com a Lei Federal da Reforma Psiquiátrica, que foi promulgada com o n. 10.216, em 06 de abril de 2001, e “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”.<sup>219</sup> A lei conhecida por Lei Paulo Delgado tramitou por mais de dez anos e passou, em meio a esse tempo, por algumas reformulações. Ainda que o teor das modificações não seja explicitado, os comentários que seguem a lei e que constam do compêndio da Legislação em Saúde Mental (1990-2004), indicam o trâmite burocrático: "Tem como base o projeto original do deputado Paulo Delgado e versão final modificada do substitutivo do senador Sebastião Rocha. Inclui proposições contidas em substitutivos anteriores favoráveis ao projeto original (dos senadores Beni Veras e Lúcio Alcântara) ou contrários a ele (do senador Lucídio Portella)".<sup>220</sup>

Ao comparar o texto final da Lei e a PL de 1989, algumas mudanças foram significativas, o que muitos autores veem como retrocesso da luta antimanicomial. O projeto de lei original tinha como base a extinção dos manicômios, dispondo “sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais”<sup>221</sup> ao mesmo tempo que proibia a construção de novos leitos psiquiátricos. Já a Lei de 2001, segundo Heidrich, “limitou-se a indicar o redirecionamento do modelo assistencial no Brasil sem, no entanto, apontar para qual direção”.<sup>222</sup>

O texto final aprovado foi organizado em treze artigos que discorrem sobre a cidadania dos usuários dos serviços de saúde mental, sobre o acesso a melhores tratamentos que

---

<sup>218</sup> Idem. p. 138.

<sup>219</sup> BRASIL. 2004a. Op. cit., p. 17.

<sup>220</sup> Ibidem. p. 20. Sebastião Bala Rocha foi senador pelo PDT-AP no período de 1995 a 2003. Beni Veras foi senador pelo PSDB-CE no período de 1991 a 1998. Lúcio Alcântara foi senador pelo PSDB-CE entre 1995 a 2002. Lucídio Portella foi senador pelo PPR-PI entre 1991 a 1999.

<sup>221</sup> BRASIL. 1989. Op. cit.

<sup>222</sup> HEIDRICH, 2007. Op. cit., p. 117.

respeitassem seus direitos, sem abusos ou exploração, colocando a cargo do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental e a defesa da reabilitação psicossocial.<sup>223</sup>

Quanto aos tratamentos, a lei não especificava quais eram, apenas apontava que “preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental”.<sup>224</sup> Isso pode gerar uma compreensão de que tanto os CAPS como os hospitais psiquiátricos poderiam gerir esses tratamentos. Nesse sentido, a instituição especializada podia manter-se como sustentáculo principal da assistência em saúde mental, o que representava um retrocesso da PL de 1989 à lei de 2001.

Porém, há autores como Fernando Tenório que indicaram em textos, publicados logo após a promulgação da Lei 10.216, que apesar das mudanças, ainda assim, a lei pode ser vista como uma vitória importante, “podendo ser um dispositivo efetivo de transformação da assistência e da condição do paciente psiquiátrico no país”.<sup>225</sup> Um exemplo claro de proposição que resultou em transformação proporcionada pela lei, diz respeito à internação, pois junto ao saber médico outras instâncias passaram a ter poder de voto (como as Promotorias e Defensorias públicas) tentando evitar internações desnecessárias.

Do artigo 4º ao 10º, a lei discutia os processos da internação, regulamentando a internação psiquiátrica em três eixos:

- I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
- II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e
- III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.<sup>226</sup>

A preocupação da lei com os modos de internações teve como intuito respeitar a vontade do sujeito, fazê-lo ter participação ativa em seu tratamento, ressaltando a importância familiar nesse processo em pelo menos dois de seus artigos. Porém, ainda deve se levar em consideração que muitos dos internamentos eram feitos contra a vontade do usuário. A questão se tornava muito mais complexa e se diferia de instituição para instituição, pois, em alguns casos, o sujeito não possuía condições de tomar a decisão sobre sua própria internação.

Em vias de conclusão, cabe citar que logo após a Lei Paulo Delgado, aconteceu no Brasil a III Conferência Nacional de Saúde Mental que se alinhou nas discussões da política de saúde mental do governo federal.

---

<sup>223</sup> BRASIL. 2004a. Op. cit., p. 17.

<sup>224</sup> Idem.

<sup>225</sup> TENÓRIO. 2002. Op. cit., p. 52.

<sup>226</sup> BRASIL. 2004a. Op. cit., p. 18.

Com base no documento Relatório 15 anos Caracas do Ministério da Saúde, podemos ver quais as linhas específicas de serviços voltados à saúde mental. O relatório entendia que:

A partir deste ponto, a rede de atenção diária à saúde mental experimenta uma importante expansão, passando a alcançar regiões de grande tradição hospitalar, onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente. Neste mesmo período, o processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas é impulsionado, com a criação do Programa “De Volta para Casa”. Uma política de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica é construída, e é traçada a política para a questão do álcool e de outras drogas, incorporando a estratégia de redução de danos. Realiza-se, em 2004, o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, em São Paulo, reunindo dois mil trabalhadores e usuários de CAPS.<sup>227</sup>

Nesse momento não coube a esta dissertação se aprofundar nesses programas após 2002, porém, é importante ressaltar que foram processos que aconteceram em conjunto com ações dos governos federal, estadual, municipal e dos movimentos sociais em prol da assistência comunitária.

Finalizando estas reflexões, é perceptível que a Reforma Psiquiátrica veio percorrendo o seu caminho objetivando a desinstitucionalização. Quanto a isso, as leis de reforma analisadas neste subcapítulo, em nenhum momento trouxeram em seu texto final a palavra desinstitucionalização, porém se mostrava de diferentes formas através do discurso, se tornando o ponto central que deu contorno ao movimento antimanicomial desde o seu aparecimento há mais de 20 anos.

---

<sup>227</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório**. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, 2005. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)> Acesso em: 01 de out. 2017. p. 09.

## CAPÍTULO 2

### O PROCESSO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA NO HCAB: “DEIXAM DE SER DOENTES PARA SE TORNAR GENTE”<sup>228</sup>

As instituições psiquiátricas – mais conhecidas como manicômios, hospícios ou hospitais psiquiátricos – apresentam, por vezes, um caráter pejorativo devido à herança histórica de certas práticas e cuidados aos usuários da saúde mental baseadas no entendimento da loucura como perigo e anormalidade. A percepção que vigorou durante muito tempo e, que existe ainda hoje, era de que atrás dos muros institucionais seria possível conter os indivíduos desviantes das sociedades, definidos entre o que seria normal ou patológico.

De acordo com Sacristán, “em seu significado literal, o manicômio seria esse território destinado a cuidar, tanto no sentido de atender, como em vigiar os perigosos e diferentes”.<sup>229</sup> Mesmo com o passar do tempo, com os debates sobre assistência psiquiátrica e políticas de saúde mental, os psiquiatras e os hospitais, de forma geral, continuaram carregando a marca do manicômio.

Segundo Antunes<sup>230</sup> a problemática das Ciências Humanas se pautou por muito tempo na consideração distintiva e valorativa entre o normal e o patológico, o desejável e o indesejável. Além disso, o autor apontou para uma nova era, um fenômeno que ele chamou de “atualização da medicina”, em que a sociedade modela o campo médico. É o exemplo da Reforma Psiquiátrica, resultante da articulação de movimentos sociais e que incide diretamente no campo da psiquiatria.

Reclusos e, em muitos casos, sem acesso a cuidados terapêuticos ou com cuidados limitados e/ou incorretos, os indivíduos considerados loucos carregaram durante muito tempo a marca estigmatizada da sua doença, ficando à margem da sociedade e sem direito à cidadania. Porém, diversas mudanças vêm ocorrendo ao longo dos anos no âmbito científico, social e de assistência às pessoas com sofrimento psíquico, no entendimento do que é este (os chamados transtornos mentais) e sobre a própria função da instituição hospitalar.

Constituindo movimentos de reforma, as instituições começaram a sofrer alterações em sua estrutura, assim como toda uma concepção frente à doença mental foi colocada a prova e trabalhada desde o seu âmago, numa influência recíproca que conduziu a novas experiências e

<sup>228</sup> HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO. *Avaliação do projeto de Pavilhão Externo*. Pinhais, Paraná. 02 de março. 1983b. p. 09.

<sup>229</sup> SACRISTÁN. 2009. Op. cit., p. 166.

<sup>230</sup> ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. *Medicina, Leis e Moral: pensamento médico e comportamento no Brasil (1870-1930)*. São Paulo: Fundação Editora da UNESP. 1999.

ações, interferindo diretamente no que mais importa em toda essa questão: os indivíduos considerados portadores de sofrimentos mentais, na acepção contemporânea e politicamente correta, os outrora chamados de doentes mentais.

Este capítulo apresentou uma problematização dos primeiros passos dados no Hospital Colônia Aduino Botelho no sentido de reestruturá-lo internamente dentro de alguns dos pressupostos em discussão nos anos 1980 sobre a necessidade de um processo amplo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Os debates e ações internas ocorreram antes que o processo de Reforma Psiquiátrica fosse oficialmente iniciado no Paraná, cujo marco foi a Lei n. 11.189, de 09 de novembro de 1995.

Partindo dessas ações prévias, podemos ver como foram construídas as polaridades dos movimentos de subjetivação dos indivíduos que estavam em contato direto com a instituição. Afinal, as subjetivações se deram através de um movimento complexo em que, de um lado, foram formados sujeitos entendidos por pacientes, por clientela ou usuários. De outro lado, havia os chamados trabalhadores, profissionais e médicos.

Foi de importância crucial compreender quem eram essas pessoas, em especial os que ficaram conhecidos pelas leis e diretrizes como usuários do sistema de assistência psiquiátrica, que davam sentido à luta antimanicomial e às modificações da instituição. Afinal, o caso do Hospital Colônia Aduino Botelho não foi um caso à parte de outros processos deflagrados nos demais estados brasileiros na mesma época.

## **2.1 Os primeiros passos para uma reorientação ao modelo de Saúde Mental no Hospital Colônia Aduino Botelho**

O HCAB foi fundado em 1954, a partir do incentivo do Plano Hospitalar Psiquiátrico, de 1941, e de uma política de financiamento de assistência deflagrada pelo então Departamento Nacional de Saúde, que fiscalizava e organizava as instituições de saúde e assistência aos considerados “psicopatas” naquela época.<sup>231</sup> O hospital é, ainda hoje, a única instituição pública do Paraná voltada à Saúde Mental.<sup>232</sup>

A instituição está situada no atual município de Pinhais, que, na década de 1950 fazia parte do município de Piraquara, destacado no mapa abaixo:

<sup>231</sup> WADI. CASAGRANDE. 2011. Op. cit., p. 02. BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. Departamento Nacional de Saúde. **Plano Hospitalar Psiquiátrico**. Sugestões para a ação supletiva da União. 1941. CPDOC FGV, Arquivo Gustavo Capanema – GCh 34.08.03 – doc. N. II-14. Mimeo.

<sup>232</sup> Sobre a distribuição espacial do HCAB, quanto aos leitos, pavilhões e unidades anteriores a década de 1980, não foi obtido o acesso as fontes que apresentam esses dados. A documentação levantada para essa dissertação apenas traz em seu discurso a situação de superlotação da instituição.

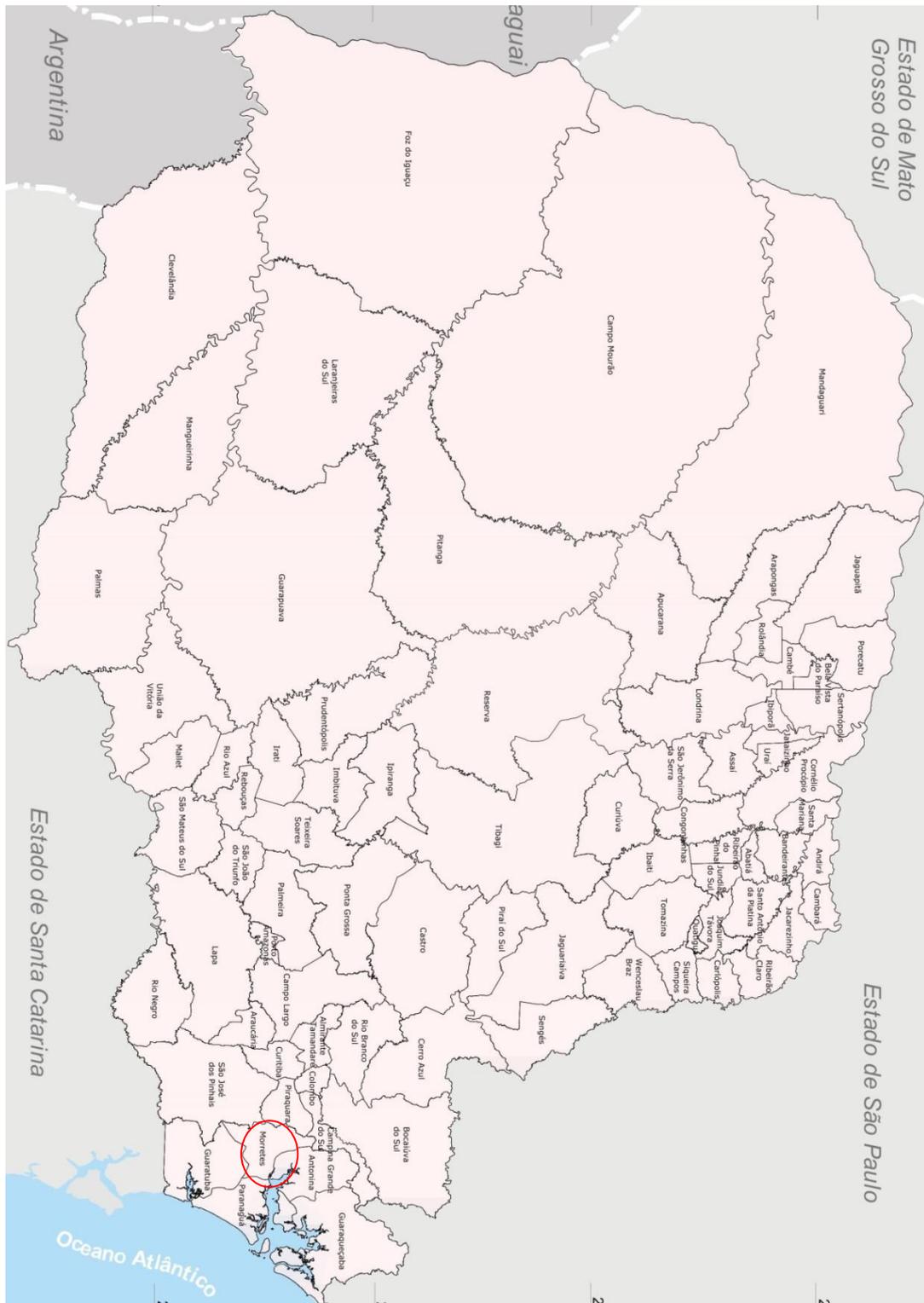


FIGURA 1. Divisão Política do Paraná (1950)

Fonte: Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES). **Estado do Paraná. Divisão Política 1950** (s.e.) 2017.

O mapa da divisão política do Estado do Paraná em 1950 indicava que o HCAB estava situado numa distância, considerada adequada, nos parâmetros daquela época em relação aos centros urbanos. Segundo Wadi e Casagrande, “o local escolhido para a construção foi um terreno doado pelo governo do estado — ainda no governo do interventor Manoel Ribas — e distante vinte e seis quilômetros do centro da capital, Curitiba, no bairro do Canguiri, então município de Piraquara”.<sup>233</sup> Por se tratar de um hospital do tipo colônia, conforme indicava o Plano Hospitalar, no qual deveriam ser desenvolvidas atividades de praxiterapia – especialmente agrícolas – deveria ser construído, de preferência, mais afastado do centro da cidade, neste caso, da capital Curitiba ou fora do perímetro urbano das cidades.<sup>234</sup>

Um histórico do HCAB, elaborado pela equipe técnica do hospital em 2005, ressaltava que:

Em 1955 foi elaborado o Regimento Interno, onde constava que o Hospital Colônia Adauto Botelho destinava-se ao tratamento de doentes mentais de ambos os sexos, adultos e crianças, oferecendo serviços complementares como Laboratório, Farmácia, Serviço Cirúrgico, Gabinete Dentário, Radiografia, Assistência Religiosa e Praxiterapia.<sup>235</sup>

O documento acima apresentava o que, para a instituição, eram os principais serviços prestados como a assistência religiosa aos usuários que, de certa forma, aparece como paradoxal à racionalidade médica e ao estado laico, mas, comum no trato com a loucura, relacionado muito à caridade, como apresentam diversos autores da área.<sup>236</sup> A praxiterapia foi representada como uma das principais ofertas de tratamento, sendo a característica dos hospitais colônia. Na instituição, foram apontados como trabalhos desenvolvidos: sapataria, costura, bordado, colchoaria, marcenaria, carpintaria, pintura<sup>237</sup>, e claro, as atividades agrícolas, entre outras que não foram especificadas.

O documento indicava ainda que, no início, a instituição tinha capacidade de comportar 350 usuários, porém, a “superlotação foi acontecendo sem ser considerada a especialidade do atendimento. Foram internadas pessoas com tuberculose, com problemas neurológicos,

<sup>233</sup> WADI, CASAGRANDE. 2015. Op. cit., p. 182.

<sup>234</sup> Ibidem. p. 190.

<sup>235</sup> HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO. **Histórico do HCAB**. Pinhais, Paraná. 2005. p. 01.

<sup>236</sup> Há inúmeros trabalhos que fazem um levantamento sobre as práticas religiosas e saúde mental. Este não é um tema a ser discutido em nossa dissertação, mas, para fins de leitura, o artigo de Dalgalarondo faz uma revisão de literatura sobre o assunto. Ver em: DALGALARRONDO, Paulo. Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. **Revista de psiquiatria clínica**, São Paulo, v. 34, supl. 1, p. 25-33, 2007.

<sup>237</sup> HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO, 2005. Op. cit., p. 01.

deficientes físicos, andarilhos, presos políticos, delinquentes e menores”.<sup>238</sup> Ou seja, não havia um processo de triagem para internamento e o hospital se tornou depósito de uma grande quantidade de pessoas, sendo a maioria de outros Estados.<sup>239</sup>

As práticas de tratamento eram resumidas em medicamentos, nos quais foram ressaltados os usos de tranquilizantes, anticonvulsivantes e, “em casos de difícil resolução, eletrochoques e neurocirurgias”.<sup>240</sup> Os internos considerados “mais agitados” eram colocados nas chamadas celas fortes, como medida de contenção.<sup>241</sup>

O Histórico ressaltou que apenas na década de 1970 algumas dessas práticas foram abolidas da realidade do hospital. Foi criado o programa “Humanização do Ser” que acarretou na diminuição do número de internos. O eletrochoque foi extinto em 1972, os cubículos inutilizados e o número de profissionais aumentado.<sup>242</sup> Isso tudo foi uma tentativa de transformar os internos em “humanos” e “libertá-los”.

Esse processo de humanização foi entendido por alguns autores como decorrente direto da luta antimanicomial, não sendo apenas uma reivindicação específica do HCAB. Lüchmann e Rodrigues apontaram que as reivindicações dentro das instituições psiquiátricas passaram a girar “em torno de aumento salarial, redução de número excessivo de consultas por turno de trabalho, críticas à cronificação do manicômio e ao uso do eletrochoque, melhores condições de assistência à população e pela humanização dos serviços.”<sup>243</sup>

Segundo os dados levantados pelo documento “Histórico do HCAB”, em uma tentativa de “resgate histórico” da instituição, percebemos como alguns enunciados foram escolhidos em ordem cronológica para elaborar o discurso das reformas internas e do processo de atualização da instituição. Entre os dados, encontrava-se pouco elucidado o chamado projeto “Mutirão”, realizado em 1980, com a parceria de funcionários, prefeitura, unidades de saúde e comunidade.<sup>244</sup>

O projeto tinha como objetivo encontrar os familiares dos usuários e, de acordo com o documento, foram localizadas mais de cem famílias. Porém, foi apontado nas fontes que o projeto “promoveu a DESINSTITUCIONALIZAÇÃO”<sup>245</sup>, utilizando uma palavra de ordem

---

<sup>238</sup> Idem.

<sup>239</sup> Idem.

<sup>240</sup> Idem.

<sup>241</sup> Idem.

<sup>242</sup> Ibidem. p. 02.

<sup>243</sup> LÜCHMANN, L.H.H.; RODRIGUES, J. O movimento antimanicomial no Brasil. **Cienc. Saude Colet.**, v.12, n.2., p.399-407, 2007. p. 402.

<sup>244</sup> HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO, 2005. Op. cit., p. 02.

<sup>245</sup> Idem. Realce da palavra feita no próprio documento.

do movimento de reforma, usada para reforçar uma prática, muito diferente daquelas anteriores dos anos iniciais do hospital. O histórico fez a ressalva de que, na década de 1990, houve uma “adequação funcional das Unidades em cumprimento à portaria 224 do Ministério da Saúde”<sup>246</sup>, juntamente com debates teóricos e técnicos com o “intuito de adequar o atendimento às propostas de Reforma Psiquiátrica”.<sup>247</sup>

Percebemos que a elaboração desse “resgate histórico” representou uma tentativa de construção de uma memória institucional. Para Portelli, esse ato da instituição por uma memória a colocou no centro de uma irradiação de consciência social crítica, de um compartilhamento público e da discussão da sua própria história,<sup>248</sup> o que, por sua vez, possibilitou ao hospital identificar os aspectos principais de seu percurso e seu papel frente às mobilizações em torno da loucura. Essa análise foi pertinente para que pudéssemos introduzir as mudanças no cenário da instituição, com vistas a traçar o caminho percorrido pelo HCAB em meio ao processo de Reforma Psiquiátrica que estava ocorrendo em vários lugares do país.

Assim, conforme o relatório de 2004, após algumas redistribuições espaciais, o HCAB possuía nesta época 280 leitos, dos quais 102 eram ocupados por usuários asilares,<sup>249</sup> ou seja, indivíduos que estavam internados há mais de dez anos. Os leitos eram distribuídos em Unidades de tratamento com programas diferenciados e divididos conforme sua especificidade: 02 unidades para atendimento a adolescentes, 01 unidade para tratamento de alcoolismo, 03 unidades femininas adultas, 04 unidades masculinas adultas, 01 enfermaria clínica e 01 lar abrigado que funcionava como casa de passagem aos usuários asilares, que estavam distribuídos tanto nos lares abrigados, como nas enfermarias e, que possivelmente iriam para as Residências Terapêuticas.<sup>250</sup>

Dentro das unidades, o tratamento era realizado por uma equipe interdisciplinar, composta por médicos psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e serviços gerais. Além desses, o hospital dispunha de clínica geral, ginecologia, nutrição, fisioterapia, farmácia bioquímica e odontologia.<sup>251</sup>

O HCAB esteve envolvido diretamente com as discussões sobre a Reforma Psiquiátrica, principalmente ao ter representantes da instituição participando do chamado Grupo de

---

<sup>246</sup> Idem.

<sup>247</sup> Idem.

<sup>248</sup> PORTELLI. 2010. Op. cit., p. 66.

<sup>249</sup> HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO. **Projeto de Desinstitucionalização e Ressocialização da Clientela de Longa Permanência e Implantação de Residências Terapêuticas, Moradias Assistidas e Unidade Geriátrica**. Pinhais, Paraná. Fev, 2004. p. 06.

<sup>250</sup> Idem.

<sup>251</sup> Idem.

Trabalho em Saúde Mental, criado em março de 1995. O grupo, além de contar com representantes do HCAB, também era composto pelo então Secretário de Estado da Saúde e por representantes de diversas outras entidades (a Diretoria de Vigilância e Pesquisa/Departamento de Programas Especiais/Saúde Mental e Centro Psiquiátrico Metropolitano, entre outros). Este grupo foi constituído no âmbito da Secretaria de Saúde do Paraná<sup>252</sup> a fim de discutir o estado do atendimento à Saúde Mental no estado, imbricando assim, em discussões acerca da Reforma Psiquiátrica que estabeleceu a necessidade de reorientar o modelo de atenção ao portador de transtornos mentais.

Frente a isso, percebemos que a instituição veio se remodelando e se adequando às normas e diretrizes vigentes, mas também contribuiu para criá-las a partir de processos internos compartilhados com sujeitos diversos, como os que compuseram o Grupo de Trabalho em Saúde Mental citado.

O processo de Reforma Psiquiátrica, por ser um separador de águas de uma tradição médica foi, sem dúvidas, responsável por um processo de desinstitucionalização da loucura e de novas práticas do próprio entendimento da doença, fugindo de uma visão estigmatizada marcada pela diferença e por uma ordenação de certa humanidade inferiorizada.

Como demonstramos no primeiro capítulo, o processo da reforma passou a funcionar como uma rede, que dependia tanto de estruturas maiores, tais como o Estado ou as próprias instituições, mas também partindo dos pequenos lugares sociais. A Reforma Psiquiátrica se estabeleceu através de um processo longo e gradativo, que se manifestou nas instituições aos poucos e foi tomando fôlego a partir de pequenas ações estruturais que foram o primeiro passo para a implantação de melhorias e novas formas de atendimento a esses usuários. Isto foi bastante visível no HCAB, principalmente nas ações para tentativa de inclusão do usuário, quanto ao resgate de sua cidadania e aos seus direitos básicos, possibilitando a vida em comunidade.

Para Yasui, a Reforma Psiquiátrica foi um processo civilizador no que tange ao diálogo, convivência e respeito às diferenças<sup>253</sup> em busca da cidadania. Ainda, para o autor, o movimento de reforma “inventa dispositivos diferentes de cuidado; diversifica ações tecendo uma rede com o território; cria formas de sociabilidade; produz valor social; constrói uma ética; insiste em sonhar com um outro mundo possível”.<sup>254</sup> Dessa forma, o humano passou a

---

<sup>252</sup> WADI, 2009. Op. cit., p. 87.

<sup>253</sup> YASUI. 2006. Op. cit., p. 190.

<sup>254</sup> Ibidem., p. 18.

ser ligado à cidadania em busca de um ordenamento da nova assistência psiquiátrica que buscava se firmar.

A rede de cuidados que compõem a saúde mental parte, em primeira instância, da atenção básica do SUS, não sendo o hospital a instância primeira de atendimento:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.<sup>255</sup>

O Ministério da Saúde estabelece como primordial à rede de atenção em saúde mental, a “base comunitária, considerando-se a noção de território-processo”<sup>256</sup>. Para Gagzinato e Silva<sup>257</sup>, a noção de território, nesse sentido, é empregada para exemplificar como a saúde mental depende tanto das pessoas, quanto das instituições e dos diferentes campos de ação em que a vida em comunidade pode ser possível.

Com isso, até hoje é indicada a integração entre os hospitais psiquiátricos, hospitais gerais, ambulatorios, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), trabalhando em conjunto, ofertando um atendimento integral aos usuários de transtorno mental, ao passo que também se aproximam da comunidade e estabelecem um diálogo pautado na prevenção, criando um espaço de convívio. Logo, como afirma Schneider, “a produção coletiva da vida se faz no território e o trabalho em saúde mental se concretiza quando a equipe acolhe e interage, em sua prática, com a realidade vivenciada pelo usuário”.<sup>258</sup>

Assim sendo, sabemos que desde meados da década 1970, a bandeira da luta antimanicomial foi levantada e as instituições passaram a repensar o seu lugar na saúde e o lugar de seus usuários em meio aos cuidados terapêuticos e às condições ofertadas de tratamento.

---

<sup>255</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

<sup>256</sup> GAZIGNATO, Elaine Cristina da Silva; SILVA, Carlos Roberto de Castro e. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 296-304, June 2014. p. 301.

<sup>257</sup> Idem.

<sup>258</sup> SCHNEIDER, Alessandra Ritzel dos Santos. A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 78-84, jul./dez. 2009. p. 81.

A partir da década de 1980, a organização espacial do HCAB começou a tomar uma nova forma, com uma nova distribuição dos espaços em prol das condições de vida dos usuários. Houve inúmeras ações para com os usuários, porém, o foco central, em um primeiro momento, voltou-se aos “usuários de longa permanência”, também chamados de “usuários asilares” devido ao grande tempo de internamento e a questão do abandono familiar que sempre foi uma constante e uma triste realidade na assistência psiquiátrica.

Conforme apontou o documento intitulado “Avaliação de Atividades do Programa de Atendimento a Pacientes Crônicos e Asilados”, de 1983, a instituição planejava “implantar uma estrutura adequada ao atendimento de pacientes crônicos e asilados, visando a melhoria das condições subjetivas e objetivas da vida destes”.<sup>259</sup> Para tanto, foi construído um pavilhão externo ao hospital, uma casa entre os muros da instituição, que foi chamada de “Pensão Protegida”, para abrigar esses usuários que já tinham ganhado alta, mas que não tinham condições de voltar ao convívio familiar. Foram criados e separados em grupos os usuários agudos, crônicos, asilados (ativos e produtivos, e dependentes mais necessitados), epiléticos, etc.<sup>260</sup>

Com isso, os caminhos para novas formas de atendimento começaram a ser trilhados pelo HCAB desde 1983, muito antes da promulgação de uma lei que ditasse diretrizes a serem cumpridas, como mostrou outro documento de 1983, intitulado "Avaliação de Atividades do Programa de Atendimento a Pacientes Crônicos e Asilados", que indicava a preocupação em remodelar o atendimento aos chamados usuários crônicos e asilares.<sup>261</sup> Por usuário crônico a instituição entendia “o paciente com mais de seis meses de internação, cujos sintomas agudos tenham regredido”.<sup>262</sup> Já, como usuários asilares, a instituição considerava os “pacientes sem vínculo com a família ou responsáveis e/ou sem condições materiais de subsistência fora da instituição”.<sup>263</sup>

Percebemos que, a partir de 1983, o HCAB passou a chamar os internos, nomeados como “pacientes” de “usuários”, subdividindo-os, caracterizando um processo de subjetivação na tentativa de chamar atenção para um novo modo de entender a loucura para além de uma condição de submissão. Esse programa emergiu em um momento comum aos hospitais psiquiátricos, de um modo geral, que foi o de superlotação e de dificuldades de atendimento e

---

<sup>259</sup>HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO. **Avaliação de Atividades do Programa de Atendimento a Pacientes Crônicos e Asilados**. Pinhais, Paraná. 1983a. p. 01.

<sup>260</sup> Idem.

<sup>261</sup> Idem.

<sup>262</sup> Ibidem. p. 02.

<sup>263</sup> Idem.

tratamento em meio a essa situação. Assim, buscar em meio à realidade hospitalar, “transformar o 'papal' do 'paciente', de mero objeto das práticas institucionais para o de sujeito, tanto quanto possível, de seu próprio cotidiano e de seu futuro”<sup>264</sup>, foi uma ação voltada àqueles indivíduos que tinham média de internamento de mais ou menos dez anos.<sup>265</sup>

Tudo isso converge para que pensemos como o movimento de reforma envolveu e constituiu os sujeitos e como todos os sujeitos envolvidos no processo, eles próprios se constituíram. Ou seja, é importante compreender o processo de subjetivação que dá contorno aos modos de existência, que modela as maneiras de sentir e pensar dos indivíduos.

Segundo Michel Foucault, há dois momentos em que ocorre o processo de subjetivação: o primeiro se refere à existência de discursos que pretendem dizer uma verdade para o sujeito.<sup>266</sup> Isso “os designa por sua individualidade própria, lhes fixa a sua identidade, lhes impõe uma lei de verdade que lhes é necessário reconhecer e que os outros devem reconhecer neles”.<sup>267</sup> Em um segundo momento, há uma produção de modos de existência, ou seja, estilos de vida que constituem os indivíduos não mais como sujeitos presos a uma identidade fixa, mas sim os constituem de outros modos. Este último, de forma sucinta, seria a experiência de si próprio em busca de uma vida como obra de arte.

De acordo com Guattari, é importante, no entanto, tomar cuidado com uma individuação como, por exemplo, esse indivíduo tomado a partir de sua descrição clínica e psiquiátrica, mas também com outra que é uma representação coletiva quando se toma por iguais esses sujeitos. Assim “uma coisa é a individuação do corpo. Outra é a multiplicidade dos agenciamentos da subjetivação: a subjetividade é essencialmente fabricada e modelada no registro do social”.<sup>268</sup>

Fugir desse enquadramento puramente clínico foi uma das preocupações de outros sujeitos, os operadores técnicos do hospital. Foi perceptível, em diferentes documentos institucionais, a preocupação com os usuários crônicos e asilados, principalmente os que pertenciam ao chamado pavilhão de praxiterapia, ou seja, um pavilhão específico voltado àqueles que eram tratados a partir da terapêutica do trabalho, mas que se encontravam em

<sup>264</sup> HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO, 1983a. Op. cit. p. 02.

<sup>265</sup> Ibidem. p. 04.

<sup>266</sup> CANDIOTTO, Cesar. Subjetividade e verdade no último Foucault. **Trans/Form/Ação**, São Paulo, 31(1): 87-103, 2008. p. 89.

<sup>267</sup> DREYFUS, RABINOW. 2013. Op. cit., p. 302.

<sup>268</sup> GUATTARI, Félix. **Revolução molecular**: pulsações políticas do desejo. Brasiliense, São Paulo. 1986, p. 56.

situação de “semi abandono, em precárias condições clínicas e psiquiátricas e vivendo em ambiente insalubre”.<sup>269</sup>

Algumas considerações foram importantes de serem feitas, visto que os objetivos centrais das mudanças na instituição correspondiam ao que, no futuro, seria proposto de forma mais abrangente para todos os demais usuários da instituição como, por exemplo, oferecer aos internos recursos terapêuticos que possibilitassem o desenvolvimento de habilidades próprias a cada um. Dessa forma, o cerne das mudanças foi concentrado nas atividades diárias, de maior grau de sociabilidade e comunicação interpessoal, para que pudesse falar, com mais entonação, em ressocialização. Além disso, o trabalho se fundou a partir de ações da equipe multidisciplinar de Saúde Mental, composta por médicos, pela equipe de Serviço Social, pelo setor de terapia ocupacional e demais setores, para que se superassem limitações de uma abordagem puramente medicalizante da loucura e sua transformação em objeto patológico e biologizante.<sup>270</sup>

Toda uma mudança de cunho estrutural, terapêutico e social começou a ser implantada. Novas formas de controlar a superlotação da instituição e novas práticas e cuidados foram adotadas em consonância com os preceitos da luta antimanicomial. Foram mudanças requeridas pelo próprio HCAB, o que resultou na implicação direta em todo um programa de ressocialização.

Os usuários envolvidos em atividades da praxiterapia, o que não englobava todos, como os asilares crônicos, passaram a ser divididos em grupos que ocupavam dois pavilhões chamados de “Pensão” e “PV.6B”, de acordo com as características próprias de cada grupo, fossem eles mais autônomos, ou seja, não necessitando de ajuda nos cuidados básicos como higiene, alimentação e locomoção, ou mais dependentes desses cuidados, conforme podemos observar na figura 2:

---

<sup>269</sup> HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO, 1983a. Op. cit. p. 03.

<sup>270</sup> Ibidem. p. 02.

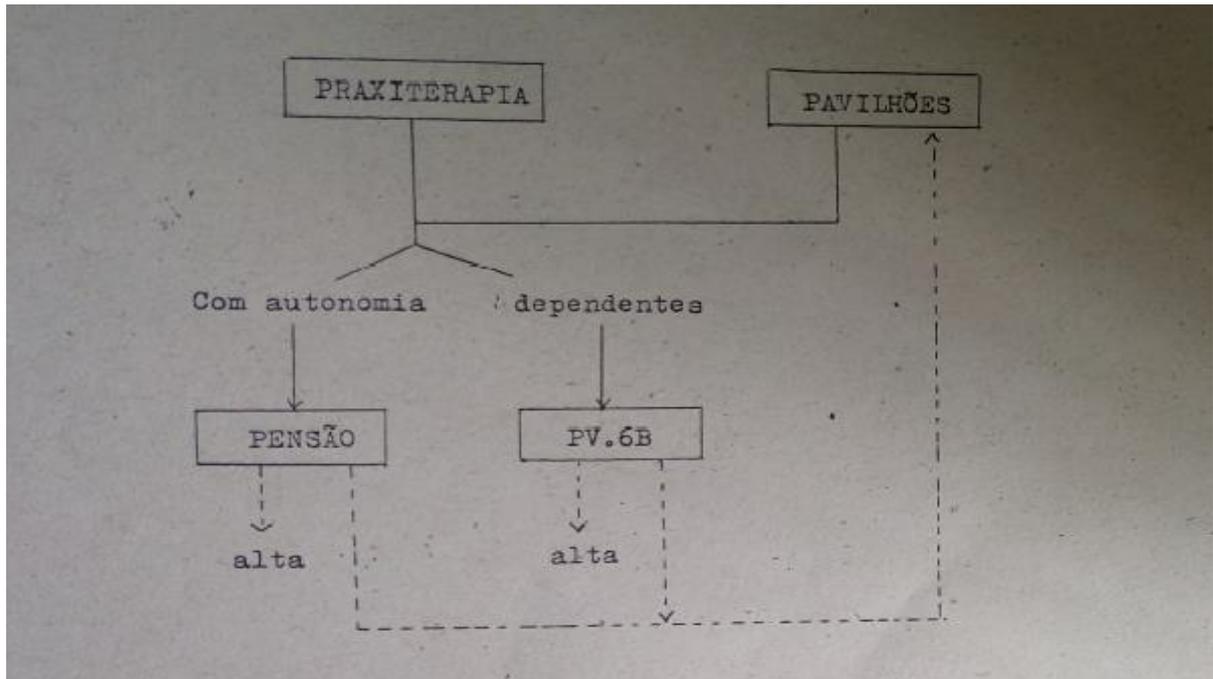


FIGURA 2. Organograma da divisão e realocação dos internos do pavilhão de praxiterapia

Fonte: HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO. 1983. Op. cit., p. 06.

Percebe-se que essa primeira mudança de cunho estrutural foi focada nos usuários que residiam na instituição a um maior período de tempo. Dessa forma, uma pequena reestruturação no espaço hospitalar, pautada em um novo atendimento aos asilares, foi o primeiro passo para que se começasse a pensar esses usuários.

Neste sentido, um dos primeiros alvos dessa pré-reforma dentro do Hospital Colônia Adauto Botelho foram os sujeitos mais dependentes dos cuidados da equipe do hospital,<sup>271</sup> sendo então diferenciados dos demais, o que exigia ações diferentes em seus tratamentos. Foi a preocupação com esses usuários asilares que, aos poucos, deu contorno às diretrizes e direcionamentos da instituição.

Os chamados usuários asilares foram marcados na documentação, principalmente pela cronicidade de seu estado de saúde, o que vinha agregado à sua situação social e familiar, já que a preocupação central passou a ser a ressocialização. Segundo a instituição, houve dificuldade em realizar o projeto voltado a esses sujeitos, pois “o quadro de hospitalismo, caracterizado pela cronicidade e asilamento (média de internamentos  $\pm$  10 anos), com todas as suas conseqüências, por si só, já constitui elemento dificultador à consecução de nossos objetivos”.<sup>272</sup>

<sup>271</sup> Idem.

<sup>272</sup> Ibidem. p. 04.

Assim, começou uma reflexão sobre quem eram esses sujeitos, de onde vieram e qual seu destino dentro e fora da instituição. Foram esses sujeitos que passaram a ter uma maior relevância dentro do cenário da Reforma Psiquiátrica que começava a ser pensada no HCAB.

Os usuários foram separados, primeiramente, em dois pavilhões organizados conforme a necessidade de cuidados. O que diferenciava os usuários de longa duração dos demais, além do tempo de internação, era o grau de dependência. Ou seja, havia usuários mais dependentes de cuidados de higiene, de mobilidade, de alimentação e, por outro lado, havia aqueles que exigiam cuidados menos intensivos e que possuíam certa autonomia.

Passados oito meses da criação do pavilhão da Pensão Protegida, foi elaborado o relatório “Avaliação do Projeto de Pavilhão Externo”, datado de 02 de março de 1983, a fim de prestar contas dos resultados da ação da criação do pavilhão externo expresso no documento “Avaliação de Atividades do Programa de Atendimento a Pacientes Crônicos e Asilados”, ressaltando novamente o objetivo inicial de:

Propor uma chance de reintegrar na sociedade seus pacientes asilados, através de uma nova “mentalidade” de compreensão da doença e tratamento, o que contribuiria para evolução do tratamento oferecido pela instituição e aumentaria a rotatividade de seus pacientes.<sup>273</sup>

Reforçada a ideia de que os usuários que deveriam participar desse pavilhão externo fossem os mais desamparados possíveis,<sup>274</sup> a iniciativa desse pavilhão buscava a retomada de tarefas do dia-a-dia, como organizar a casa e também de reverter a “regressão psíquica [que os deixara] a ponto de esquecerem dos cuidados básicos quanto a higiene pessoal, postura física e da condição humana de seres capazes de comunicar-se com seus semelhantes”.<sup>275</sup>

Aos poucos, foi se delimitando quem seriam as pessoas que poderiam fazer uso dessa Pensão Protegida (pavilhão externo) e quem estaria em franca desarmonia com essa iniciativa nesse primeiro momento. Focando nas características dos asilares, a instituição definiu o quadro de quem poderia participar ativamente e quem, em sua visão, não possuía “condições mínimas que as favorecessem na iniciativa de reconstruírem sua vidas”.<sup>276</sup> Dessa forma, foi estabelecido um parâmetro de quem não teria condições de usufruir da pensão protegida:

<sup>273</sup> HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO. **Avaliação do projeto de Pavilhão Externo**. Pinhais, Paraná. 02 de março. 1983b. p. 01.

<sup>274</sup> Ibidem, p. 04.

<sup>275</sup> Idem.

<sup>276</sup> Ibidem. p. 05.

Angela é muda e surda; Ana Maria tem déficit mental acentuado (retardo); Alfa até então não falava, apenas gesticulava; Elsa, ex adolescente do TAM apresentava constante atuações psicopáticas; Maria Rocha com idade avançada; Cristina com sério comprometimento neurológico central tinha grande dificuldade visual e incoordenação motora, dentre outros.<sup>277</sup>

A palavra “potencialidade” foi colocada nos parágrafos seguintes do documento “Avaliação do Projeto de Pavilhão Externo”, mostrando uma situação paradoxal, ou seja, se era possível manter esse grupo sob os cuidados dessa pensão protegida com um novo tipo de tratamento voltado à ressocialização ou se esse grupo deveria ser encaminhado novamente para os antigos pavilhões. Vale ressaltar que os pavilhões estavam em situação insalubre, como bem apontava o próprio hospital no documento “Avaliação de Atividades do Programa de Atendimento a Pacientes Crônicos e Asilados” de 1983.

Assim, os usuários que possuíam maior autonomia poderiam fazer uso desses novos serviços. Essa autonomia se referia à “capacidade para participar de atividades internas ou, preferencialmente, externas ao pavilhão”<sup>278</sup> a fim de reinserir esses indivíduos na sociedade. A autonomia era medida pela capacidade dos usuários realizarem tarefas produtivas no novo pavilhão tais como:

- independência no sentido de autocuidados;
- sem uso de medicação psiquiátrica;
- sem quadro ativo psicopatológico (sintomas produtivos);
- com compreensão para receber instruções e estabelecer rotinas;
- em avaliação aprofundada do Serviço Social;
- com participação ativa (envolvimento) na elaboração de rotinas;
- e em condições de atividades, engajados já em programas e apresentando produtividade;
- podendo se instalar em pavilhões abertos;<sup>279</sup>

Portanto, definir quem era apto ou não a habitar um novo espaço institucional, a partir das condições físicas e psicológicas, moldou os caminhos de cada um dos usuários. Selecionar, dentre os asilares, os aptos e os não aptos a habitar o pavilhão não parecia uma tarefa fácil, pois existiam fatores dificultadores, como a resistência de vários segmentos da instituição e um despreparo inicial para com os cuidados desses usuários. Discutir e decidir quem tinha o potencial para usufruir desses serviços e quem não tinha, foi o impulso para toda a equipe repensar e adquirir novos conhecimentos e avançar nesse projeto. O relatório

<sup>277</sup> Idem.

<sup>278</sup> Ibidem. p. 02.

<sup>279</sup> HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO. **Projeto técnico para reformulação do atendimento aos pacientes de longa permanência do Hospital Colônia Adauto Botelho**. Pinhais: Paraná. 1989. p. 14.

“Avaliação do projeto de Pavilhão Externo”, apontava como objetivo que deveria ser alcançado “expressar na recuperação gradativa da identidade social dos pensionistas, no grau de credibilidade em si mesmos e pela substituição do papel social – deixam de ser doentes para se tornarem gente”.<sup>280</sup>

A Pensão Protegida teve que ser aprimorada posteriormente, como mostrou o relatório citado anteriormente, devido a problemas internos identificados como a “resistência dos próprios pacientes às mudanças, também resistência de vários segmentos da instituição”.<sup>281</sup> Entre as resistências encontradas dentro do hospital estavam aquelas voltadas à “dificuldade dos funcionários em aceitar restrições à sua autoridade sobre os internos, dificuldades iniciais no convívio com pacientes em livre circulação, resistência de setores do hospital à integração ao trabalho do pavilhão, etc”.<sup>282</sup>

A resistência dos profissionais no desenvolvimento de novas práticas pode ser compreendida, até mesmo, pelo significado que a loucura teve nas sociedades ao longo dos tempos, se tornando, após o século XVIII, de acordo com Michel Foucault, “doença mental”, significando medo e incompreensão.<sup>283</sup>

Assim como no nível das políticas governamentais quanto às terapêuticas voltadas aos cuidados desses usuários, também no nível assistencial direto – o do hospital psiquiátrico – junto à comunidade de médicos, psicólogos, assistentes sociais e demais trabalhadores da saúde, é imprescindível considerar a existência de uma representação da loucura, moldada no decorrer dos anos e arraigada nas mentalidades. Nesse sentido, a reforma tentou, e vem tentando, retirar o rótulo de anormalidade do sofrimento psíquico, e, assim, também a instituição psiquiátrica começou a ser repensada, como estamos vendo até aqui.

## **2.2 Os sub-projetos desenvolvidos pela instituição e seus desdobramentos**

Após essa primeira tentativa de implantar um pavilhão externo, chamado de Pensão Protegida, houve um segundo momento que projetou mudanças no cenário hospitalar. Começou a se pensar nos chamados Lares Abrigados, destinados a retirar os usuários das enfermarias e tentar realocá-los no espaço urbano. Era uma ampliação e um desdobramento da ideia da Pensão Protegida com maiores investimentos. Segundo Barros e Josephson:

---

<sup>280</sup> HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO 1983b. Op cit., p. 09.

<sup>281</sup> Ibidem. p. 04.

<sup>282</sup> Idem.

<sup>283</sup> FOUCAULT. 2013a. Op. cit.

A proposta dos Lares Abridados, então, é a de trabalhar com pessoas que já estiveram internadas e que perderam seus vínculos, ou mesmo com aquelas que, ainda tendo referências familiares, não querem ou não conseguem "retornar ao núcleo familiar". Além disso, trata-se de criar oportunidades para o estabelecimento de relações diferentes daquelas do hospital, investindo na mudança da cultura hospitalocêntrica para a de uma residência, cujo funcionamento terão de gerir.<sup>284</sup>

São muitos os nomes referentes às moradias para os usuários de saúde mental. Vemos, nesse primeiro momento, o termo Lares Abridados,<sup>285</sup> mas, a partir de 2001, essas mesmas moradias passam a ser denominadas de Residências Terapêuticas e foram mais desenvolvidas. No caso do HCAB, a implantação dos primeiros Lares Abridados (um masculino e um feminino), no ano de 1989, foi uma tentativa de modificar as condições de vida dos usuários e também de redimensionar as práticas institucionais.<sup>286</sup>

É importante destacar o protagonismo do HCAB que, na década de 1980, desenvolveu uma tentativa de implantar um Lar Abridado, questão que só ganhou visibilidade maior em dezembro 1992, na II Conferência Nacional de Saúde Mental, que discutiu a importância do estabelecimento deste tipo de projeto.<sup>287</sup>

O que começou a ficar claro, em relação a este período, foi que os próprios funcionários da instituição passaram a observar o que chamavam de "doença institucional"<sup>288</sup>, em que os sujeitos ficavam totalmente a mercê do hospital, visto que ainda se falava pouco em uma reestruturação do atendimento psiquiátrico e que não havia, por parte do Estado, “ações descentralizadas, regionalizadas e hierarquizadas dos serviços”.<sup>289</sup> A chamada “doença institucional” dava visibilidade e colocava em pauta a rotatividade dos usuários que passavam de instituição em instituição, sem respaldo familiar e social.

Considerando as condições críticas destacadas em vários documentos, a direção do HCAB iniciou, no fim da década de 1980, um levantamento dos usuários de longa permanência desta instituição. Segundo o documento, datado de 1989, chamado “Projeto técnico para reformulação do atendimento aos pacientes de longa permanência” e já calcado

<sup>284</sup> BARROS, R. B.; JOSEPHSON, S. Lares Abridados: dispositivo clínico-político no impasse da relação com a cidade. *Saúde em Debate*, Londrina, v. 25, n. 58, p. 57-69, maio 2001. p. 62.

<sup>285</sup> O termo aparece no documento intitulado “Projeto técnico para reformulação do atendimento aos pacientes de longa permanência do Hospital Colônia Adauto Botelho” de 1989 do HCAB.

<sup>286</sup> HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO. Op. cit., 1989.

<sup>287</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. *Residências Terapêuticas*. Brasília, DF. 2004d.

<sup>288</sup> HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO. 1989. Op. cit., p. 10.

<sup>289</sup> Idem.

em questões levantadas pela luta antimanicomial, o perigo advindo da “medicalização e psiquiatrização frequentemente marcam os problemas sociais e, assim, contribuem para a alienação psíquica e social dos indivíduos submetidos ao processo, despojando-os de seus direitos sociais, civis e políticos”.<sup>290</sup>

Houve um reconhecimento por parte dos sujeitos atuantes no HCAB de que a institucionalização promovia a quebra de vínculos socioculturais do chamado doente mental levando-o, conseqüentemente, a segregação. O relatório do HCAB já citado apontou como o chamado “hospitalismo” era “a garantia que permite ou possibilita a família e a sociedade se livrar do doente mental”.<sup>291</sup>

Como já vimos, no HCAB, antes mesmo de se falar em uma legislação que gerisse e organizasse a assistência psiquiátrica em novos termos, ocorreu um movimento de conscientização e de conhecimento a respeito dos usuários quanto ao próprio papel da instituição. Dentre as novas ações que tomaram fôlego nesse momento estavam a constituição de um Lar Abrigado feminino e outro masculino, do Núcleo Intermediário e do Núcleo de Cuidados Intensivos. Essas subdivisões foram feitas a fim de dividir a clientela de longa permanência que estava no hospital. Lembrando que, no HCAB, eram assim considerados os usuários que estavam na instituição por seis meses ou mais e que não tinham contato familiar. Assim:

O levantamento foi realizado entre os dias 21 e 31 de dezembro de 1988, contando com a participação ativa dos técnicos envolvidos na época no grupo de longa permanência, e com a colaboração de outros profissionais, como médicos das unidades, atendentes, terapeutas ocupacionais, psicólogos, serviço social e o SAME.<sup>292</sup>

O resultado obtido no levantamento para que se pudesse fazer uma classificação desses usuários por suas características psicológicas, uso ou não de medicação, de independência e do grau autonomia de cada paciente<sup>293</sup> foram:

- A) Unidades masculinas: 3, 4, 6, 7, perfazendo um total de 99 pacientes na época. As unidades 1 e 2 não foram envolvidas na pesquisa por haverem sofrido prévia classificação em Lar Abrigado (1M) e Unidade Agrícola (2M).

---

<sup>290</sup> Ibidem. p. 09.

<sup>291</sup> Idem.

<sup>292</sup> Ibidem. p. 10.

<sup>293</sup> Idem.

B) Unidades femininas: 4, 5, 6, 7, 8, perfazendo, na época, um total de 132 habitantes.<sup>294</sup>

A maior concentração da faixa etária dos internos era entre 30 e 39 anos de idade. Entre a população masculina, estavam nesta faixa etária 36% e entre a população feminina, 28%.<sup>295</sup> Esta faixa etária foi colocada, pela instituição, como a de maior potencial de produtividade, que poderia se perder parcial ou inteiramente em condições de internação prolongada, sem um treinamento ou aperfeiçoamento específico.<sup>296</sup>

A faixa de internos acima de 50 anos de idade era de 16% entre os homens e de 26% entre as mulheres<sup>297</sup>. O relatório observou que, entre esses usuários, o grau de abandono familiar era maior. Segundo os dados da instituição, em até cinco anos, contando a partir de 1983, estes mesmos dados dos usuários considerados "geriátricos" seriam ampliados em 25% da população masculina e 18% da população feminina<sup>298</sup>. Assim, mais de 50% da população do hospital passaria a ser composta por "pacientes gerontinos".<sup>299</sup> Nesse sentido, desde os anos 1980, o HCAB buscou um programa de habilitação e reabilitação a nível geriátrico.

Essa preocupação pareceu ter surgido da avaliação dos demais dados obtidos pelo levantamento da instituição, em que foi constatado que 62% da população internada eram de pacientes abandonados, enquanto apenas 23% eram pacientes com famílias que acompanhavam o tratamento.<sup>300</sup> O que percebemos quanto a isso é que a problemática do chamado "doente mental" não se referia apenas à patologia de cada paciente, mas sim ao problema socioeconômico, cultural e político envolvido.

Ainda em 1988, o Relatório Final de Comissão de Saúde Mental,<sup>301</sup> criado dentro da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, trouxe considerações do HCAB sobre a condição de asilamento da instituição. O relatório geral contava com diversos relatórios específicos dos hospitais de Curitiba, entre eles, o do HCAB que exprimia que a instituição tinha "características hospitalares e asilares que não podem ser negadas."<sup>302</sup> Com isso, foi exposta a situação de asilamento como uma problemática a ser retratada junto ao Estado:

---

<sup>294</sup> Idem.

<sup>295</sup> Idem.

<sup>296</sup> Idem.

<sup>297</sup> Idem.

<sup>298</sup> Idem.

<sup>299</sup> Idem.

<sup>300</sup> Idem.

<sup>301</sup> A comissão de saúde mental foi apresentada na I Conferência de Saúde Mental em 1988, discutida em nosso primeiro capítulo.

<sup>302</sup> PARANÁ, Secretaria de Saúde. **Relatório Final Comissão de Saúde Mental**. Curitiba, Paraná, 1988. p. 22.

Acrescentamos que isso não significa a aceitação da condição asilar como sinônimo de depósito de seres humanos, que por diversos motivos foram rejeitados da sociedade. Tanto no aspecto hospitalar quanto no asilar, a instituição pode e deve oferecer condições humanas condignas, privilegiando enfoques dinâmicos que se direcionem para o fomento da vida produtiva e da reinserção social, evitando o hospitalismo e o asilamento.<sup>303</sup>

A situação exposta no relatório era da opinião pública sobre as condições dentro da instituição, pois havia a necessidade de reconhecer quem eram esses indivíduos:

Este conceito, mais a opinião reforçada na íntegra pelas condições atuais da instituição que no HCAB se internam apenas os pacientes sem prognóstico favorável de ressocialização e reassimilação pela família fazem dele um “grande depósito de rejeitados” ou, mais suavemente denominado, asilo.<sup>304</sup>

Em todo caso, foi necessária uma espécie de prestação de contas à Comissão de Saúde Mental, que tinha, por sua vez, o intuito de requerer mudanças frente às novas diretrizes da saúde que vinham sendo discutidas em congressos, conferências e em diversos segmentos da sociedade. Dessa maneira, o hospital abordou, no relatório, que o maior número de indivíduos na instituição vinha de abandono familiar e/ou era rejeitado pela sociedade por algum motivo.<sup>305</sup>

Quanto à cronificação, os dados levantados na instituição chamavam atenção à deficiência no quadro de funcionários que eram despreparados para enfrentar a demanda hospitalar, o que correspondia, por sua vez, a dificuldades com novos tratamentos, ficando a mercê do processo medicalizante do uso de psicofármacos:

É reforçada pelos quadros clínicos irreversíveis, como paralisia cerebral, quadros orgânicos graves, esquizofrenias e outras psicoses graves e crônicas. Também, pela falta de pessoal especializado, treinado e disponível, o que acarreta dias plenos de ócio para os pacientes e a tendência a terapêutica predominantemente medicamentosa, com suas danosas consequências.<sup>306</sup>

Assim, a partir desse levantamento, começaram a subdividir esses usuários em:

---

<sup>303</sup> HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO. 1989. Op. cit., p. 10.

<sup>304</sup> Ibidem. p. 23.

<sup>305</sup> Idem.

<sup>306</sup> Idem.

- A) Independentes: indivíduo capaz de assumir atividades produtivas e cuidados pessoais, com o mínimo de orientação.
- B) Semi-dependentes: indivíduo capaz de assumir parcialmente atividades produtivas, com maior orientação e acompanhamento.
- C) Dependentes: indivíduo que necessita de acompanhamento em todos os cuidados básicos e que não exerce atividade produtiva.<sup>307</sup>

Segundo levantamento realizado no hospital, o grau de independência entre os pacientes era de 28%, enquanto de semi-dependentes era de 45% e, dependentes, 27%<sup>308</sup> conforme mostra o quadro abaixo:

GRAU DE INDEPENDÊNCIA	SEXO	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Independente		22	22	43	32	65	28
Semi-independente		52	53	52	39	104	45
Dependente		25	25	39	29	64	27

QUADRO 4. Grau de independência dos internos do HCAB

Fonte: HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO. 1989. Op. cit, p. 11.

A tabela mostrou que se destacavam, na instituição, usuários semi-dependentes. Já os usuários independentes, eram de parcela inferior e eram esses que tinham maior acesso aos projetos de desinstitucionalização. Com isso, o HCAB promoveu o que eles chamaram de “humanização”<sup>309</sup> dos internos de longa permanência, buscando:

Descaracterizar o termo “paciente” pela proposta de resgate da cidadania; desmedicalizar gradualmente, após a avaliação intensa e a oferta de atividades múltiplas sob ótica preferencialmente grupal; promover a ressocialização dos internos de longa permanência; formar equipes multidisciplinares de trabalho.<sup>310</sup>

A “humanização” se voltava a uma tentativa de exaltar a cidadania e desconstruir visões naturalizadas sobre a loucura. O próprio termo “paciente” foi retirado a fim de propor uma nova articulação das políticas públicas de saúde mental.

<sup>307</sup> Ibidem. p. 11.

<sup>308</sup> Idem.

<sup>309</sup> Idem.

<sup>310</sup> Ibidem. p. 13.

A palavra “paciente”, por vezes, era entendida pela premissa de submissão, o que a busca pela cidadania tentava reverter. Nos documentos posteriores, o termo clientela passou a ser usado, podendo ter a mesma conotação que lhe dera a psiquiatra Nise da Silveira, ou seja, uma relação de troca pautando os internos como compradores de serviços.<sup>311</sup> Conforme Foucault apontou em suas obras, os sujeitos são formados através das práticas de sujeição e dos jogos de verdade, bem como “através dessa inserção da prática humana, do comportamento, no jogo da verdade, o próprio sujeito é afetado”.<sup>312</sup> A variação de “paciente” para “cliente” refletiu esse movimento de como a loucura se constituiu historicamente como experiência<sup>313</sup> e como o sujeito passou a ser pensado e entendido em meio às diferentes práticas e saberes.

Enfatizado isto, foram então traçados os primeiros subprojetos para atender a demanda dos usuários hospitalizados:

Subprojeto Lar Abrigado Masculino e Feminino;  
 Subprojetos Núcleos Intermediários;  
 Subprojeto Unidade de Cuidados Intensivos;  
 Subprojeto Centro de Atividades Terapêuticas (CAT);  
 Programa de Integração do CAT – atenção ao paciente geriátrico;  
 Terapia Ocupacional – Oficinas;  
 Subprojeto de Inter-articulação Institucional e Inter-articulação Comunitária;  
 Subprojeto Integração dos Funcionários ao Programa de Reformulação do Hospital Colônia Adauto Botelho.<sup>314</sup>

Os primeiros Lares Abrigados eram destinados aos usuários de longa permanência que “não apresentavam sintomatologia psiquiátrica produtiva”<sup>315</sup> e que apresentavam o hospitalismo, doença institucional, com toda sintomatologia pertinente (estereotipia comportamental, sintomas patoplásticos, abandono ou total rejeição familiar, baixa produtividade em trabalho, etc.).<sup>316</sup>

<sup>311</sup> SAITO [et al]. 2013. Op. cit., p. 176.

<sup>312</sup> FOUCAULT, 2014c. Op. cit., p. 282.

<sup>313</sup> Ibidem. p. 190.

<sup>314</sup> HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO. 1989. Op. cit. p. 13.

<sup>315</sup> Idem.

<sup>316</sup> Idem. Por estereotipia comportamental entende-se a repetição seja ela temporária ou invariável e de forma instantânea e inconsciente de gestos, ações, palavras ou movimentos. Por sintomas patoplásticos se entende os fatores externos à patologia do usuário, ou seja, manifestações relacionadas aos padrões de personalidade e de convívio que são, por sua vez, relacionados à cultura de origem do usuário, antes do seu adoecer. Ver em: DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

Com os Lares Abridados, a ideia central era a de ressocialização e a reintegração do interno ao meio social. Nesse primeiro momento, os critérios estabelecidos de seleção para admissão em Lares Abridados foram:

Independência no sentido de auto-cuidados; sem uso de medicação psiquiátrica; sem quadro ativo psicopatológico (sintomas produtivos), com compreensão para receber instruções e estabelecer rotinas e em condições de atividades, engajados já em programas e apresentando produtividade; podendo se instalar em pavilhões abertos.<sup>317</sup>

Já os Núcleos Intermediários representavam a ponte entre a internação fechada e o acesso a Lares Abridados, ou ainda correspondiam ao objetivo da alta hospitalar. Os critérios para admissão nesses núcleos eram, respectivamente:

Com sintomatologia psicopatológica produtiva; em uso de medicação; requerendo observação e cuidados detalhados de equipe mínima de saúde mental; em atividades da horta terapêutica ou Famoex, sem cunho produtivo; em outras atividades em geral podendo ser instalados em pavilhões semiabertos.<sup>318</sup>

A Unidade de Cuidados Intensivos correspondia aos usuários mais necessitados de cuidados, com deficiências físicas, mentais e/ou comprometimento orgânico severo, etc.<sup>319</sup> Na perspectiva da instituição, esses usuários não tinham condições de se enquadrar nos ambientes externos ao hospital, devido a sua dependência de cuidados da enfermagem. Para tal, o cuidado intensivo poderia ser entendido como “cuidados básicos de alimentação, higiene, medicação, etc”.<sup>320</sup>

O Centro de Atividades Terapêuticas (CAT), por sua vez, visava organizar modalidades grupais de atenção ao usuário, pensando em como um novo ambiente terapêutico diversificado poderia proporcionar uma significativa melhora no tratamento das pessoas. Assim, a criação de atividades para os usuários desassistidos, quer fossem moradores ou

<sup>317</sup> HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO. 1989. Op. cit., p. 14.,

<sup>318</sup> Idem. Famoex se refere a um programa dentro do HCAB da fazenda modelo experimental com a terapia voltada ao trabalho, criado em 1987, que caracteriza uma terapia ocupacional. Na documentação não há maiores informações. PARANÁ. Secretaria de Saúde. **Programa FAMOEX**: Fazenda Modelo Experimental. Curitiba, 1987.

<sup>319</sup> HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO. 1989. Op. cit., p. 14.

<sup>320</sup> Idem.

recém-admitidos e a centralização de recursos materiais sofisticados como TV, som, máquinas de costura, etc., eram algumas das atividades desenvolvidas pelo projeto.<sup>321</sup>

O CAT tinha como proposta a destinação de um espaço para a instalação de um salão de bailes e de livre expressão corporal, uma sala para a confecção de produtos artesanais feitos pelos pacientes, uma sala para atividades físicas para pacientes mais cronificados e de pouca participação em atividades ocupacionais organizadas.<sup>322</sup> Entre as demais propostas estavam a montagem de uma cozinha-escola voltadas para atividades domésticas, a montagem de uma sala de leitura com revistas, jornais, gravuras e que serviria de uma sala de bate-papo, uma quadra de esportes e uma sala de visitas.<sup>323</sup>

Algumas dessas propostas foram colocadas em prática e outras não, mas a criação desse centro de atividades já significava um grande passo em uma instituição que sofreu situações de lotação inadequada, sem estrutura assistencial e terapêutica, como também com quadro de funcionários escasso para atender a demanda hospitalar. Essas ações dentro do HCAB mostraram que, no seu cotidiano, havia uma preocupação crítica frente ao seu modelo de atendimento.

O subprojeto voltado à "Atenção ao Paciente Geriátrico" destinava-se a evitar "problemas clínicos ou ociosidade"<sup>324</sup> dos usuários com mais de cinquenta anos, pois a velhice não deveria ser "uma conclusão necessária da existência humana"<sup>325</sup> no que concerne à improdutividade e a estagnação do usuário. A ideia do subprojeto era de não retratar a velhice como um problema ou a partir da noção de anormalidade.

Isso advém do fato de que o usuário geriátrico era subjetivado tanto pela idade quanto pela condição de doente mental, o que gerava um duplo desvio da norma social e, consecutivamente, o isolamento. Conforme Elias, a velhice, muitas vezes, não é entendida, a menos que "percebamos que o processo de envelhecer produz uma mudança fundamental na posição de uma pessoa na sociedade e, portanto, em todas as suas relações com os outros".<sup>326</sup>

Portanto, partindo de uma realidade institucional que cercava os usuários geriátricos, no subprojeto de "Atenção ao Paciente Geriátrico" se observava a valorização do trabalho com efeito curativo, remetendo inclusive a Esquirol, para quem o "trabalho é um estimulante geral,

---

<sup>321</sup> Ibidem. p. 15.

<sup>322</sup> Ibidem. p. 16.

<sup>323</sup> Idem.

<sup>324</sup> Ibidem. p. 17

<sup>325</sup> Idem.

<sup>326</sup> ELIAS, Norbert. **A solidão dos moribundos**. Seguido de "Envelhecer e Morrer". Rio de Janeiro: Zahar, 2001. p. 83.

com ele distraímos a atenção do doente de sua moléstia”.<sup>327</sup> As principais atividades propostas pelo subprojeto foram:

1. Atividades da vida diária – aquelas que compõem o grupo de necessidades básicas individuais do ser humano: alimentação, vestuário, higiene pessoal, locomoção e comunicação.
2. Atividades da vida prática – relaciona-se às atividades do dia-a-dia da instituição e do local onde se realiza o programa. Ex: varrer, arrumar, organizar, etc.
3. Atividades manuais e artesanais – enquadradas no grupo das artes e das atividades como meio de expressão, tais como pintura, desenho, colagem, escultura, modelagem, couro, metal, cerâmica, tecelagem, tapeçaria, bordado, costura, crochê, tricô, marcenaria, etc.
4. Atividades socioculturais e recreativas – são aquelas que proporcionam ao idoso vivência de experiências novas e antigas, levando-o a uma maior interação social e adaptação ao meio ambiente.
5. Atividades físicas – atividades preventivas, mantendo as funções corporais, melhorando as funções musculares e articulares, a circulação, a coordenação e sobretudo, a prevenção de obesidade.<sup>328</sup>

Outro subprojeto, o de "Inter-articulação Institucional e Comunitária" foi desenvolvido a fim de esclarecer o que era a doença mental, tentando “promover atitudes de prevenção e recuperação de saúde mental e das atividades de alcance individual e coletivo, como forma de aumentar a efetividade e eficiência destas”.<sup>329</sup> O foco principal era a troca de informações e de conhecimento e a representatividade em eventos em que se pudesse estabelecer canais de comunicação.

Sobre a inter-articulação comunitária, a instituição visava a integração com a comunidade de funcionários e moradores da vizinhança, o que abria espaço para os usuários “transitarem livremente pelo hospital ou fazerem suas compras na tendinha. Outros, possuem trânsito livre para irem a igreja e assim sucessivamente”.<sup>330</sup> Mas, tudo isso, passava antes por uma avaliação técnica.

Importante também foi o subprojeto de "Integração dos Funcionários do HCAB", em que alguns objetivos foram colocados em questão:

A necessidade de trabalhar a resistência natural às mudanças; a racionalização dos escassos recursos humanos existentes; o aproveitamento das experiências individuais adquiridas; o trabalho de desapropriação das unidades terapêuticas com a descentralização das responsabilidades; a

<sup>327</sup> HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO. 1989. Op. cit., p. 17.

<sup>328</sup> Ibidem. p. 18.

<sup>329</sup> Ibidem. p. 19.

<sup>330</sup> Idem.

necessidade de oportunizar a reciclagem de conhecimentos e aproveitamento das habilidades; a promoção e manutenção da saúde mental dos funcionários numa busca de otimização de sua capacidade produtiva; treinamento em trabalho com equipe multidisciplinar; envolvimento pleno com a ideologia do trabalho.<sup>331</sup>

Voltar-se aos funcionários era um passo decisivo para a implantação dos demais subprojetos, visto que a organização e o funcionamento interno da instituição dependia inteiramente dessas trocas, do contato mútuo entre usuários e profissionais ligados à saúde mental que, por sua vez, estavam a serviço dos primeiros.

Porém, parece claro que a chamada “resistência natural às mudanças” não é de fato algo natural, mas pode se enquadrar no que Bourdieu chamou de “habitus”. Ela acontece de forma apreendida, se estrutura em formas de agir dentro do dia-a-dia hospitalar e, a partir disso, é naturalizada. Os funcionários e funcionárias da instituição passam por:

[...] um sistema de disposições duráveis e transponíveis que, integrando todas as experiências passadas, funciona a cada momento como uma matriz de percepções, de apreciações e de ações – e torna possível a realização de tarefas infinitamente diferenciadas, graças às transferências analógicas de esquemas, que permitem resolver os problemas da mesma forma, e às correções incessantes dos resultados obtidos, dialeticamente produzidas por esses resultados.<sup>332</sup>

Os profissionais encontravam-se em meio à prática individual e a uma situação social imediata como, por exemplo, as mudanças que estavam ocorrendo dentro da instituição. O “habitus” apareceu como mediador das disposições das ações desses indivíduos em relação a posição que o hospital esperava que eles passassem a ocupar.

Novamente, vemos como os profissionais ligados ao HCAB eram chamados a repensar suas ações, convicções e formas de trabalho. Assim, as mudanças sobre racionalização de recursos, responsabilidades, reciclagem, capacidade produtiva apontadas na fonte exposta acima, entraram no conceito de “habitus” como “auto-regulador”<sup>333</sup> dos parâmetros existentes nessa nova forma de pensar o hospital. Se, para os internos foram colocados novos modos de subjetivação, para os profissionais também vemos os mesmos parâmetros sendo estabelecidos. Essas situações concretas de como agir, como se portar, refletiam um espectro

<sup>331</sup> Ibidem. p. 20.

<sup>332</sup> ORTIZ, Renato. **Pierre Bourdieu**: Sociologia. São Paulo: Ática. 1983. p. 65.

<sup>333</sup> ARAÚJO, Cláudio Márcio de. OLIVEIRA, Maria Claudia Santos Lopes de. Contribuições de Bourdieu ao tema do desenvolvimento adolescente em contexto institucional socioeducativo. **Pesquisas e Práticas Psicossociais – PPP** - 8(2), São João del-Rei, julho/dezembro/2014. p. 219.

polarizador entre formas de objetivação e autonomia subjetiva, pois era em meio às mediações que esses sujeitos se inscreveram nessa nova história da instituição.<sup>334</sup>

O projeto de “Integração dos Funcionários do HCAB” ainda indicava os quantitativos a serem atendidos em cada uma das unidades pensadas: no Lar Abrigado, almejando um “trabalho produtivo”<sup>335</sup> seriam atendidos 10 pacientes do sexo feminino e 10 pacientes do sexo masculino; na Unidade de Núcleo Intermediário seriam abrigados 24 pacientes moradores e semidependentes; na Unidade de Cuidados Intensivos não era delimitado um número exato de pacientes, pois abrigava os pacientes que necessitavam de cuidados frequentes.<sup>336</sup>

E, por fim, com o CAT, começou-se a pensar em uma integração de profissionais de todos os setores nas atividades desenvolvidas proporcionando, dessa forma, “um trabalho multi e interdisciplinar mais dinâmico”<sup>337</sup> que terminaria com o aperfeiçoamento dos funcionários para com as atividades desenvolvidas.

Nos subprojetos, a palavra de ordem foi a produtividade como uma alternativa à ociosidade e/ou ao tratamento medicamentoso. A produtividade exposta não deve ser entendida apenas no sentido econômico, mas sim, no sentido de produção de saber e de conhecimentos práticos e, acima de tudo, de sujeitos.

Assim, ao se conhecer a clientela de longa permanência desse período foi possível definir algumas diretrizes e programas que atendessem às demandas específicas de cada grupo elencado.

### **2.3 Avaliação inicial dos usuários moradores do Programa de Desinstitucionalização**

Como estamos vendo, por meio de alguns projetos e ações, houve uma reorganização de setores e internos no hospital, especialmente pela organização dos usuários em categorias que ressaltavam sua autonomia e independência. Algumas pessoas tiveram acesso aos Lares Abrigados, enquanto outras, por serem totalmente dependentes de cuidados médicos, não tiveram a mesma possibilidade. Isso advém, principalmente, de ainda estarmos falando de projetos novos que nunca antes haviam sido pensados na instituição, assim, faltava um maior aprofundamento, maior conhecimento e preparo, para evitar que se constituísse um novo tipo

<sup>334</sup> “O *habitus* seria, então, o elo entre três elementos: a estrutura das posições objetivas, a subjetividade dos indivíduos e as situações concretas de ação.” Idem.

<sup>335</sup> HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO. 1989. Op. cit., p. 21.

<sup>336</sup> O termo paciente é utilizado no documento. Idem.

<sup>337</sup> Idem.

de segregação, reforçando o quadro de “hospitalismo” daqueles considerados totalmente dependentes.

E essa mesma lógica permaneceu após a promulgação das leis que organizaram o movimento da Reforma Psiquiátrica, quando começou a se falar em Residências Terapêuticas e não mais em Lares Abrigados e, a palavra-chave, passou a ser a desinstitucionalização. Neste sentido, em 2001 a Coordenação Estadual de Saúde Mental do Paraná, apresentou o programa “Saber Viver” que contemplava a criação de Residências Terapêuticas para abrigar portadores de transtornos mentais do HCAB:<sup>338</sup>

Para tanto, essa Secretaria visa desenvolver e apoiar iniciativas que permitam estabelecer um leque de ações que vão desde o campo da prevenção e promoção à Saúde Mental, passem por capacitações e aprimoramentos de uma rede de informações até ampliação dos recursos extra-hospitalares, bem como melhoria da rede hospitalar através de medidas na área de auditoria, controle e avaliação.<sup>339</sup>

Importante ressaltar, como vimos nas páginas anteriores, que os projetos de desinstitucionalização e ressocialização dos usuários de longa permanência foram uma constante na instituição desde as primeiras tentativas com a criação do pavilhão externo no ano de 1983, com os primeiros Lares Abrigados (masculino e feminino) no ano de 1989 e agora com a proposição da criação das Residências Terapêuticas, que foram efetivamente implantadas no ano de 2001. Segundo o Ministério da Saúde, principalmente após a lei federal da Reforma Psiquiátrica de 2001:

A desinstitucionalização e efetiva reintegração de doentes mentais graves na comunidade é uma tarefa a que o SUS vem se dedicando com especial empenho nos últimos anos. Juntamente com os programas "De Volta Para Casa" e "Programa de Reestruturação dos Hospitais Psiquiátricos", o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) vem concretizando as diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico.<sup>340</sup>

A proposição da implantação de Residências Terapêuticas começou a se constituir como uma opção de moradia para usuários que estavam internados há anos nos hospitais

<sup>338</sup> HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO. **Projeto de Desinstitucionalização e Ressocialização da Clientela de Longa Permanência e Implantação das Residências Terapêuticas**. Pinhais, Paraná. Maio, 2003.

<sup>339</sup> PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Programa “Saber Viver”**: Promovendo a Saúde Mental no Paraná. Curitiba, Paraná. 2001. p. 01.

<sup>340</sup> MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004. Op. cit., p. 05.

psiquiátricos e que não podiam contar com suporte adequado nas famílias, no meio social e na comunidade onde vivem.<sup>341</sup>

No geral, o serviço residencial terapêutico, até os dias atuais, compõe-se de casas localizadas externamente à instituição, no espaço urbano, representando apenas o início de um longo processo de reabilitação social dos usuários. De acordo com o Ministério da Saúde “a implantação de uma residência terapêutica exige pacto entre gestor, comunidade, usuários, profissionais de saúde, vizinhança, rede social de apoio, e cuidadoso e delicado trabalho clínico com os futuros moradores”.<sup>342</sup>

Algumas considerações foram feitas pelo Ministério da Saúde no que concerne a quem poderia ser beneficiário pelo programa:

Portadores de transtornos mentais, egressos de internação psiquiátrica em hospitais cadastrados no SIH/SUS, que permanecem no hospital por falta de alternativas que viabilizem sua reinserção no espaço comunitário. Egressos de internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, em conformidade com decisão judicial (Juízo de Execução Penal). Pessoas em acompanhamento nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), para as quais o problema da moradia é identificado, por sua equipe de referência, como especialmente estratégico no seu projeto terapêutico. Aqui se encontram aquelas localidades que, a despeito de não possuírem hospitais psiquiátricos, frequentemente se defrontam com questões ligadas à falta de espaços residenciais para alguns usuários de serviços de saúde mental. Moradores de rua com transtornos mentais severos, quando inseridos em projetos terapêuticos especiais acompanhados nos CAPS.<sup>343</sup>

Em 2001, em parceria com a Coordenação Estadual de Saúde Mental, o HCAB elaborou o “Projeto de Desinstitucionalização e Ressocialização da Clientela de Longa Permanência e Implantação de Residências Terapêuticas”<sup>344</sup> que tinha o intuito de

Melhoria na qualidade de vida dos usuários de longa permanência que ainda residiam no hospital, levando em consideração as leis e portarias que preconizam a Reforma Psiquiátrica com o objetivo principal de promover uma reabilitação psicossocial e um resgate de cidadania para os mesmos.<sup>345</sup>

---

<sup>341</sup> Idem.

<sup>342</sup> Ibidem. p. 07.

<sup>343</sup> Ibidem. p. 08.

<sup>344</sup> HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO. **Projeto de Desinstitucionalização e Ressocialização da Clientela de Longa Permanência 2003-2006**. Pinhais, 2006.

<sup>345</sup> Idem. p. 06.

Juntamente com o programa Saber Viver, em 2001 o HCAB foi contemplado com a primeira Residência Terapêutica.<sup>346</sup> Posteriormente, mais três Residências Terapêuticas da Associação Padre João Ceconello (que ganhou a licitação e ficou encarregada de administrar e organizar as residências)<sup>347</sup> foram inauguradas na cidade de Campina Grande do Sul (PR), localizadas em uma chácara “sendo um espaço mais reservado, mais propício para a população que foi encaminhada, pois são usuários mais regredidos e que, portanto, ainda necessitavam de maiores cuidados quanto à adaptação e desenvolvimento”.<sup>348</sup>

Entre 2001 e 2006, dos 123 usuários do HCAB, 45 foram preparados e encaminhados às residências.<sup>349</sup> Nesse período foram abertas 48 vagas para as Residências Terapêuticas, as quais não foram preenchidas devido às condições crônicas dos usuários e, somou-se a isso, a falta de documentação de muitos usuários. De acordo com o documento “para que os usuários possam ser encaminhados a um SRT, ou a qualquer outro serviço extra-hospitalar, é necessário que cada um possua sua documentação”.<sup>350</sup> Nesse período, dos 51 usuários de longa permanência que ainda residiam na instituição, 39 não possuíam documentação.<sup>351</sup>

Esses usuários deveriam ser divididos nas Residências Terapêuticas de tipo I e tipo II, como apresentava a portaria nº 106 de 11 de fevereiro de 2000.<sup>352</sup> Porém, no projeto de desinstitucionalização do HCAB, constava que ainda não havia residências do tipo II destinadas a usuários crônicos e dependentes:

Acredita-se que a proposta de residência terapêutica imediata (Tipo I) não tem as devidas condições e suporte para acolher a maior parte dessa população, pois apenas 13 usuários poderão usufruir do modelo existente. Conforme foi explicado anteriormente, os usuários restantes no hospital não possuem o perfil para residirem nesse tipo de ambiente, sendo evidente os problemas físicos, cognitivos, clínicos que possuem. Para que sejam adequadamente atendidos é fundamental que o ambiente para o qual serão encaminhados contenham instalações adaptadas e cuidados intensivos, visto serem portadores de necessidades especiais. Dos usuários, 33 apresentam condições de residirem em Residências Terapêuticas (Tipo II), isto é, que possuam cuidados diurnos e noturnos. É importante ressaltar a necessidade

---

<sup>346</sup> Ibidem. p. 07.

<sup>347</sup> Idem. A Associação Padre João Ceconello foi criada em 1994 e é entendida como uma “Entidade Beneficente Sem Fins Lucrativos”, atendendo as Residências Terapêuticas do HCAB, Comunidades Terapêuticas, Casa Abrigo para crianças vitimizadas e Ambulatório de Especialidades em Saúde Mental. Não há, nos documentos do HCAB que tivemos acesso, informações mais aprofundadas sobre a associação. Para maiores informações ver em: <http://www.apjc.com.br/>.

<sup>348</sup> Ibidem. p. 08.

<sup>349</sup> Idem.

<sup>350</sup> Idem.

<sup>351</sup> Idem.

<sup>352</sup> BRASIL. 2000a. Op. cit.

de implantação, construção e organização dessas residências adaptadas aos portadores de necessidades especiais.<sup>353</sup>

Frente a esse problema, o hospital criou as chamadas "Casas de Passagem"<sup>354</sup>, que era um processo intermediário entre a desinstitucionalização e as Residências Terapêuticas. Em 04 de julho de 2002, foi implantada a primeira Casa de Passagem, que foi denominada de Casa de Progressão, em que 12 usuários de longa permanência (mistos) foram transferidos.<sup>355</sup> Vejamos alguns encaminhamentos da instituição entre os anos de 2002 a 2004:

	2002	2003	2004
Asilares internados	123	117	109
SRT	0	0	21
Familiar	03	05	01
Abrigo	0	0	0
Óbito	03	03	06
TOTAL	117	109	81

Quadro 5. Desinstitucionalização dos Usuários de Longa Permanência HCAB

Fonte: HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO. 2006. Op. cit., p. 31.

De acordo com o quadro, permanecia incipiente a inserção familiar e, apenas em 2004 as RTs passaram a ter o seu funcionamento. Dessa maneira, pensando o HCAB, sua obrigação frente a tais proposições era a de garantir “uma assistência integral em Saúde Mental e eficaz para a reabilitação psicossocial”.<sup>356</sup> Até o começo do ano de 2004, o hospital contava com 102 usuários asilares internados há mais de 15 anos e vários sem documentação.<sup>357</sup> Foram esses pacientes que o projeto tentou enquadrar no novo modelo de atenção em saúde mental, tendo como objetivos específicos:

Providenciar documentação da clientela; resgatar a história pessoal da clientela; promover ações de geração de renda (aposentadoria, bolsa-auxílio; reinserção formal e/ou informal no mercado de trabalho); dar entrada no benefício de prestação continuada; dar recursos à família que deseja permanecer com o cliente; promover ações de ensino (pedagógicos,

<sup>353</sup> HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO. 2006. Op. cit., p. 11.

<sup>354</sup> Este e os demais programas ofertados pela instituição serão analisados no segundo capítulo de forma mais abrangente.

<sup>355</sup> HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO, 2006. p. 07.

<sup>356</sup> HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO. 2004. Op. cit., p. 03.

<sup>357</sup> Idem.

profissionalizantes e técnicos); explorar recursos locais; trabalhar em rede de CAPS e outros programas territoriais que constituem referência para o trabalho; promover projetos individuais e coletivos com a clientela; garantir a continuidade da assistência em um serviço de rede de saúde mental; subsidiar a implantação do CAPS a partir do estudo da clientela (avaliação da demanda); organizar equipes de supervisão para atendimento às Residências Terapêuticas e Moradias Assistidas.<sup>358</sup>

Para tanto, os 102 usuários de longa permanência, de acordo com as características de seu quadro clínico, deveriam ser realocados a partir das seguintes propostas de encaminhamento: inserção na família, em Residências Terapêuticas, moradias assistidas (ou seja, um espaço de moradia para os usuários que necessitassem de uma maior supervisão no seu dia-a-dia, diferente de uma Residência Terapêutica em que o usuário teria uma maior independência). Outros encaminhamentos seriam: a Casa de Progressão (moradia mais próxima ao hospital funcionando como um dispositivo intermediário para as residências terapêuticas), unidade geriátrica aberta, unidade aberta para dependentes físicos/mentais graves; possibilidade de adoção e, por fim, inserção no CAPS.<sup>359</sup>

A Casa de Progressão foi inaugurada em 04 de julho de 2002 e foi o primeiro passo para o processo de desinstitucionalização desses usuários. Para tanto, um espaço físico localizado próximo ao hospital foi reformado para abrigar os usuários, que passariam primeiro por essa casa, para então serem encaminhados às Residências Terapêuticas.<sup>360</sup> Em um primeiro momento, a Casa de Progressão teve espaço para 12 internos para que suas habilidades, hábitos de vida diária e prática de autonomia fossem testadas para a sua transferência ao Serviço Residencial Terapêutico.<sup>361</sup> Na medida em que isto se tornava possível, essas vagas eram abertas a novos usuários.

Além disso, o hospital instaurou diversas outras ações na dinâmica hospitalar tais como a abertura de portas das unidades, favorecendo um maior convívio social e o direito de transitar livremente.<sup>362</sup> De acordo com dados da instituição: "Assim, dos 102 usuários de longa permanência que, em 2002, estavam neste hospital, 45 foram preparados e encaminhados para as residências terapêuticas. Com 11 usuários obteve-se sucesso quanto ao resgate familiar e outros foram a óbito".<sup>363</sup>

---

<sup>358</sup> Ibidem. p. 04.

<sup>359</sup> Ibidem. p. 05.

<sup>360</sup> Ibidem. p. 06.

<sup>361</sup> HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO, 2003. Op. cit. p. 11.

<sup>362</sup> HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO. **Projeto de Desinstitucionalização e Ressocialização da Clientela de Longa Permanência do Hospital Colônia Adauto Botelho**. Pinhais, Paraná. 2003. p. 07.

<sup>363</sup> Ibidem. p. 08.

Os demais usuários, os quais não foram encaminhados, aguardavam alguma providência de acordo com suas necessidades e possibilidades. Sobre isso a instituição apontava que:

Há, porém, 27 usuários de longa permanência que, mesmo com a documentação regularizada, e mais outros 09 usuários do hospital que atualmente já possuem documentação completa, não poderão ser encaminhados para um serviço residencial terapêutico dos moldes existentes. Isto porque são usuários extremamente regredidos e dependentes e, desta maneira, não possuem perfil para residirem nesse tipo de ambiente que vem sendo disponibilizado até o momento na nossa região.<sup>364</sup>

Aqui, o termo “regredido” foi utilizado frente ao que se esperava de um desenvolvimento desses usuários diante do estágio de melhora e de autonomia. Esses usuários eram aqueles que precisavam de cuidados intensivos constantes, ou seja, cuidados diurnos e noturnos, além de um ambiente que contivesse as devidas instalações de acordo com as necessidades físicas e clínicas de cada um, visto que era uma clientela que apresentava necessidades especiais.<sup>365</sup>

Ainda em 2002, surgiu uma proposta de elaboração de uma conferência local no HCAB junto à Secretaria de Saúde, pensando “a reorganização do HCAB de acordo com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira”.<sup>366</sup> As propostas da conferência giravam em torno da problemática de reestruturação interna do hospital, da ressocialização dos usuários, redução de leitos e enfoque nos serviços extra-hospitalares com repasse de recursos, treinamento de funcionários, atenção à prevenção em saúde mental na comunidade, inclusão da família, da escola, de empresas, de grupos de autoajuda, da criação de grupo de trabalho composto por funcionários de diferentes categorias da instituição, asseguramento de atividades de lazer, esporte e cultura, entre outros.<sup>367</sup>

Percebemos que a preocupação central da elaboração da conferência foram os usuários. Para melhor conhecimento de quem eram esses usuários, temos documentos que apresentavam a data de admissão na instituição, as condições clínicas, as condições psiquiátricas, sociais e especiais, constando todas as informações básicas de cada um dos usuários, bem como o que era considerado pela equipe responsável como o mínimo

---

<sup>364</sup> Ibidem. p. 09.

<sup>365</sup> Idem.

<sup>366</sup> HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO. **Tese guia para a 1ª Conferência Local de Saúde Mental do Hospital Colônia Adauto Botelho**. Pinhais, Paraná. 2002. p. 01.

<sup>367</sup> Idem. p. 01-02.

necessário de conhecimentos gerais que cada um deveria ter para poder mudar para uma das Residências Terapêuticas.

Um dos maiores problemas levantados na instituição foi a falta de documentação dos usuários que era resultado do modo de admissão destes. É importante observar como a prática de internação se dava de formas diversas entre os anos de 1950 a 1990, e, como o hospital psiquiátrico ainda era o lugar preferencial para “guardar doidos”<sup>368</sup> que perambulavam entre as ruas das cidades ou sob outras condições. Esses indivíduos buscavam tratamento e cura, porém, chegavam ao hospital apenas com seu “nome, naturalidade, endereço residencial, idade, condição civil e estado”<sup>369</sup>, quando tinham essas informações.

A documentação do HCAB sobre os usuários asilares nos permitiu compreender como ocorria o processo de internação, alguns usuários chegavam ao hospital porque foram encontrados nas ruas, como foi o caso de um usuário internado em 1994 cuja ficha de admissão “consta que o usuário foi encontrado no Posto de Costa Brava”.<sup>370</sup> Além disso, muitos dos usuários chegavam à instituição sendo encaminhados de outros hospitais, visto ser o HCAB o único hospital psiquiátrico público do estado que poderia recebê-los.

O usuário foi internado no Hospital Colônia Adauto Botelho no dia 17/06/1964. Veio encaminhado do Hospital Cajuru, sem nenhuma informação. Na sua ficha de admissão não consta a sua filiação, endereço, procedência e nem o responsável pelo seu internamento. O usuário devido a suas limitações não consegue informar sobre o seu histórico social.<sup>371</sup>

Informações sobre procedência, filiação ou até mesmo data de nascimento constam ignoradas no documento, falando apenas que a documentação do usuário estaria em andamento no cartório civil de Pinhais. Outro caso que seguiu esse mesmo padrão foi o do seguinte usuário:

O usuário foi internado no Hospital Colônia Adauto Botelho no dia 27/10/1988. Na sua ficha de admissão consta que veio encaminhado pelo Hospital da Lapa, não possui endereço e nem o responsável pelo seu internamento. O usuário não consegue informar sobre seu histórico social e sua origem. No que se refere a sua documentação, encontra-se em

---

<sup>368</sup> Termo empregado por Yonissa Marmitt Wadi em: WADI, Yonissa Marmitt. **Palácio para guardar doidos:** uma história das lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Editora da UFRGS, 2002, 256p.

<sup>369</sup> HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO. **Encaminhamentos:** Usuários de Longa Permanência (2002-2009). Pinhais, 2009. p. 79.

<sup>370</sup> Ibidem. p. 121.

<sup>371</sup> Ibidem. p. 19.

andamento no Cartório Cível de Pinhais, suprimimento de registro civil autos nº 2768/07.<sup>372</sup>

A falta de informações sobre quem foi o responsável pelo internamento pode significar uma internação psiquiátrica compulsória, pois o usuário foi encaminhado de um hospital para outro, o que indicava que a requisição básica da admissão dessas pessoas no hospital psiquiátrico era a sentença da loucura. Sem documentação, ficava a cargo da instituição provê-la, porém, percebe-se que um indivíduo que entrou no hospital em 1988 teve apenas em 2007 a entrada do pedido de seus documentos no cartório.

Nesse sentido, uma das principais iniciativas da instituição, em diálogo com toda a discussão em torno de ressocialização, Reforma Psiquiátrica e desinstitucionalização, foi a tentativa de “resgate familiar”, para então, se em casos de impossibilidade, a própria instituição pudesse recorrer a outras instâncias para assegurar os direitos básicos desses usuários, como podemos perceber na seguinte passagem da fonte “Encaminhamentos: Usuários de Longa Permanência”: “foram realizados vários contatos, conseguiram localizar a certidão de nascimento no município de origem, entretanto, não foi possível localizar seus familiares”.<sup>373</sup> Em outro caso:

A usuária foi internada no Hospital Colônia Adauto Botelho no dia 03/06/1969, proveniente de Monte Sião/MG. Foram localizados seus familiares, porém, não se obteve sucesso no resgate familiar e inclusão social. Os irmãos fazem visita esporadicamente. Usuária não consegue fornecer informações sobre o seu histórico social e familiar. Possui documentação completa.<sup>374</sup>

Um dos casos de internação compulsória foi apresentado sobre o usuário que, a mãe, utilizando de ação judicial – pois como vimos no primeiro capítulo, todo o processo de internação compulsória foi dificultado pelo projeto de lei após 1995 –, conseguiu seu internamento na instituição porque se recusava a levá-lo para casa:

O usuário foi internado no Hospital Colônia Adauto Botelho no dia 06/11/2000. O responsável pelo seu internamento foi a mãe. Quando o paciente recebeu alta do hospital, a mãe recusou-se a levá-lo para casa, providenciou uma ação judicial, visando mantê-lo institucionalizado. A mãe faleceu em 2006 e, atualmente, o paciente recebe esporadicamente a visita

---

<sup>372</sup> Ibidem. p. 22.

<sup>373</sup> Ibidem. p. 65.

<sup>374</sup> Ibidem. p. 26.

do irmão, que também verbaliza não ter condições de se responsabilizar pelo paciente. Usuário possui documentação completa.<sup>375</sup>

Podem ser vários os fatores que levaram à ação descrita acima como sobrecarga emocional, estrutural e financeira, entre outros. Mas aqui, principalmente a fonte nos mostrou que a instituição permanecia vista como a responsável pela tutela do usuário e, a ponte com a família, ainda precisava ser reforçada. Não cabe ao movimento antimanicomial apenas atender aos usuários, pois a família, como bem demonstrou o projeto de lei da Reforma Psiquiátrica paranaense e outras portarias ministeriais, é também objeto de cuidados, suporte e preparação para garantir ao usuário a reinserção familiar e para que não se torne tão difícil a convivência com a diferença.

A doença, segundo Michel Foucault, nesse sentido, é tomada por um duplo sistema de observação: “um olhar que a confunde e a dissolve no conjunto das misérias sociais a suprimir e um olhar que a isola para melhor circunscrevê-la em sua verdade de natureza”.<sup>376</sup> Na tentativa de evitar essas observações que a insistência do contato familiar foi perceptível em relação a outros usuários:

O usuário foi internado no Hospital Colônia Aduino Botelho no dia 10/08/2001, veio acompanhado pela assistente social do Hospital Pinheiros. Usuário procedente de Alto Piquiri/PR, onde vivia com a mãe, embora em condições precárias, levando-o ao abandono social. No início do internamento, recebia visitas esporádicas de sua mãe, isto deve-se a insistência da equipe de tratamento da unidade. Após algum tempo, o usuário deixou de receber visitas, bem como o contato com a mãe e o endereço. Ressaltamos que foram realizados vários contatos e visitas in loco no sentido de resgatar os seus laços familiares, porém sem sucesso.<sup>377</sup>

Assim, cabe à sociedade reavaliar qual o papel da instituição psiquiátrica, começando pela própria família dos usuários, pois, como podemos ver nas fontes, em alguns casos, mesmo depois das leis de reforma que tratam de desinstitucionalização, a busca pela institucionalização do usuário dentro dos hospitais psiquiátricos foi e ainda é vista como uma saída. Destarte, o transtorno mental ainda é um assunto que não se limita a discussões apenas no campo da saúde, mas sim, diz respeito a um todo muito maior que envolve questões políticas, sociais e culturais.

---

<sup>375</sup> Ibidem. p. 35-36.

<sup>376</sup> FOUCAULT. 2017. Op. cit., p. 45.

<sup>377</sup> HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO. 2009. Op. cit., p. 73-74.

Essa documentação, bem como o relatório intitulado “Programa de Desinstitucionalização” também nos trouxe dados sobre autonomia, sociabilidade, aspectos emocionais, habilidade de comunicação e expressão, atividades em que o usuário participava, recreação, condição de lidar com dinheiro e desejo manifestado pelo usuário sobre moradia, entre outros.<sup>378</sup> Esses fatores foram apresentados como um primeiro passo para definir condições e possibilidades de inserção dos usuários nas Residências Terapêuticas, com intuito de promover a desinstitucionalização. Vejamos como o questionário foi aplicado a um/a interno/a de longa permanência:

Aspectos emocionais: sem iniciativa, apático, regredido e contato empobrecido. Eventuais crises convulsivas.  
 Habilidades de comunicação e expressão: comunica-se e expressa-se através de gestos, com pouca verbalização (ruídos). Dificuldades na linguagem.  
 Atividades que participa: oficina de TO, Grupos Terapêuticos e Operativos.  
 Recreação: passeios externos, festividades internas, videoteca e jogos.  
 Relação com dinheiro:  
 Tem conhecimento de valores: Não.  
 Sai da unidade para fazer compras? Não.  
 Desejos manifestos do usuário:  
 Morar em uma casa (RT): Sim.  
 Voltar para uma casa (Família): Não.  
 Escolher companheiros para a casa: Não.  
 Permanecer na unidade (Hospital): Não.  
 Ter casa própria: Não.<sup>379</sup>

O "Programa de Desinstitucionalização" mostrou que, por sua condição de “não expressar o que deseja”, o usuário acabava tendo como porta voz o próprio hospital.

Pensamos que as informações sobre a entrada desses indivíduos na história do processo de desinstitucionalização constituiu a possibilidade da construção de uma ontologia de existências daqueles, parafraseando Michel Foucault, com suas “vidas breves (...) encontradas por acaso em livros e documentos”.<sup>380</sup> São existências reais mostradas através da documentação que as enquadraram em um determinado lugar e em meio a datas, de modo, às vezes, bastante quantitativo. Mas, sabemos que por trás das palavras rápidas que as descrevem, existem fragmentos de vidas.<sup>381</sup> Foram estas várias histórias que impulsionaram o processo da Reforma Psiquiátrica no HCAB.

<sup>378</sup> HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO. **Programa de Desinstitucionalização**: Avaliação dos Usuários de Longa Permanência do Hospital Colônia Adauto Botelho. Pinhais, Paraná. 2006.

<sup>379</sup> Idem. p. 49-50.

<sup>380</sup> FOUCAULT, Michel. A vida dos homens infames. In: **Ditos e escritos, volume IV**: estratégia, poder-saber. Manoel Barros da Mota (Org). 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2015b. p. 199.

<sup>381</sup> Ibidem. p. 203.

O cuidado com essas existências que, por vezes, passaram quase despercebidas, sem deixar rastros, foi essencial para entendermos o processo da reforma. Para isto, foi fundamental tomar como ponto de partida a analítica do poder, afinal, não há poder que se exerça sem uma série de fins e objetivos e sem resistências. Assim, temos o fio do relato que nos orienta na realidade<sup>382</sup> já que contar e narrar, utilizando dos rastros do passado deixados por esses indivíduos a partir de seu contato com um poder institucional, acaba por orientar a escrita de histórias verdadeiras que correspondem a um dos princípios do ofício dos historiadores.

Conhecer a vida desses usuários só nos foi possível frente ao contato que eles tiveram com os poderes institucionais que produziram então uma documentação. Foram estes poderes e esta documentação, principalmente a fonte “Programa de Desinstitucionalização” que nos propiciou o acesso a esses indivíduos pois, sem o cruzamento dessas vidas com uma necessidade institucional de organizá-los, enquadrá-los e registrá-los, poderia ter suprimido informações sobre eles, talvez nada sobre esses usuários tivesse ficado para a posteridade. Conforme Foucault:

Não tendo sido nada na história, não tendo desempenhado nos acontecimentos ou entre as pessoas importantes nenhum papel apreciável, não tendo deixado em torno deles nenhum vestígio que pudesse ser referido, eles não tem e nunca terão existência senão ao abrigo precário dessas palavras.<sup>383</sup>

Assim, graças ao texto sobre eles produzido, tivemos os indícios básicos de uma existência verbal que, a partir das poucas palavras que falaram deles permitiram, por um olhar mais atento, captar seus movimentos e suas histórias.

O documento “Programa de Desinstitucionalização” aqui problematizado foi escrito congregando diversas visões e contém elementos diversos. Foi um documento elaborado de forma plural e entendido então de forma múltipla, uma vez que entrou em contato com vários poderes e saberes,

[...] porque, no asilo, como em toda parte, o poder nunca é aquilo que alguém detém, tampouco é o que emana de alguém. O poder não pertence nem a alguém nem, aliás, a um grupo; só há poder porque há dispersão, intermediações, redes, apoios recíprocos, diferenças de potencial,

---

<sup>382</sup> GINZBURG, Carlo. **O fio e os rastros**. Verdadeiro, falso, fictício. São Paulo: Companhia das Letras, 2007, p. 07.

<sup>383</sup> FOUCAULT, Michel. 2015a. Op. cit. p. 205.

defasagens, etc. É nesse sistema de diferenças, que será preciso analisar, que o poder pode se pôr em funcionamento.<sup>384</sup>

As intermediações se dão de diferentes formas, mas uma que devemos levantar aqui é o fato de como o poder é hierarquizado em meio a uma rede. Se for hierarquizado, o doente encontra-se vigiado desde baixo, pelos enfermeiros, pelos vigilantes, para então ser vigiado pelo médico e, se não consegue se expressar de forma clara, acaba tendo sua condição de vida mediada inteiramente pelo hospital.<sup>385</sup>

Compreendemos que não é a instituição que cria um poder, mas que, na verdade, são as relações de poderes que criam a instituição.<sup>386</sup> Essa microfísica do poder constrói, no espaço hospitalar, várias redes que se mantêm através de um funcionamento regulado e regrado por normas, leis e imposições, sejam elas estatais, já que estamos falando de um hospital público, ou dentro da própria instituição advindas de saberes diversos que lá atuam e que falam a partir de suas regras próprias.

À vista disso, entendemos que o documento institucional e seus enunciados foram feitos para um determinado fim, que incluía tanto relações médicas quanto políticas e sociais e que marcava um cruzamento com o poder, evocando suas forças. Segundo Foucault:

Essa pura existência verbal que faz desses infelizes ou desses facínoras seres quase fictícios, eles a devem ao seu desaparecimento quase exaustivo e a essa chance ou a esse azar que fez sobreviver, ao acaso dos documentos encontrados, algumas raras palavras que falam deles ou que eles próprios pronunciam. Lenda negra, mas sobretudo lenda seca, reduzida ao que foi dito um dia, e que improváveis encontros conservaram até nós.<sup>387</sup>

No caso por nós estudado, essa pura existência verbal que tivemos dos rastros deixados nos documentos, era de uma vida entendida pelos dados do prontuário médico, ou seja, caracterizada por condições clínicas e psicológicas desses sujeitos.

O ponto crucial foi pensar que quem não pôde retornar para a família e não foi encaminhado para o Serviço Residencial Terapêutico ficou ainda sob a condição hospitalocêntrica. Coube-nos indagar até que ponto os pacientes, como a instituição os chama, foram reconhecidos como sujeitos produtores de alguma subjetividade e até que ponto houve

<sup>384</sup> FOUCAULT, Michel. **O poder psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes. 2006, p. 07.

<sup>385</sup> Ibidem. p. 08.

<sup>386</sup> Jamais, seguindo a lógica de Foucault, devemos partir da instituição – seja asilar ou penal, etc. – mas entender a rede múltipla que se cria desses poderes, dessa forma devemos partir deles para entender como se fundam e se mantêm tais instituições ou bases que sustentam um determinado saber ou discurso.

<sup>387</sup>, FOUCAULT. 2015a. Op. cit. p. 205.

seu reconhecimento apenas a partir de sua patologia, ou ainda, pelo número do prontuário. Trazer à luz esse papel secundário no drama da história<sup>388</sup> foi um dos pontos cruciais levantados pela luta antimanicomial.

Ainda, na fonte “Programa de Desinstitucionalização”, tivemos a descrição de cada usuário da instituição com base no seu prontuário médico e em sua documentação (quando os tem) de procedência e de contexto social e familiar. Em um primeiro momento, o único acesso sobre quem seriam essas pessoas foi dado pelo seu número de prontuário e, de certa forma, por uma ideia baseada em sua patologia e condição clínica/psiquiátrica. Importante ressaltar que só tivemos acesso à documentação dos usuários que não foram encaminhados a nenhuma Residência Terapêutica. Vejamos:

**Usuário 01:**

**Condições psiquiátricas:** Desorientado, com contato social pobre e difícil, com embotamento afetivo, sem crítica.

**Medicação atual:** Fenobarbital 100mg, 1 cp 20 h. Carbamazepina 200 mg, 1 cp 20 h.

**Diagnóstico:** CID F-06.8.

**Condições clínicas:** paciente portador de deficiência auditiva (surdo-mudo). Apresenta dificuldade de deambulação devido a seqüela de fratura. Convulsivo compensado com uso de anticonvulsivantes, anemia.

**Avaliação de autonomia:** usuário depende da orientação da enfermagem durante as refeições devido a engasgos. Cadeirante, não consegue desenvolver os cuidados de higiene pessoal sozinho. Mantém contato quando estimulado. Realiza atividades simples, como limpar a mesa, apresenta dificuldades na expressão verbal.<sup>389</sup>

Também podemos apresentar um segundo caso:

**Usuário 02:**

**Condições psiquiátricas:** usuário confuso, desorientado, com alteração de comportamento, contato social pobre, rebaixamento de autocrítica, regredido, faz as necessidades fisiológicas na roupa.

**Medicação atual:** Tioridazina 25 mg, 1 cp 8, 20 h.

**Diagnóstico:** CID 10 F-29.

**Condições clínicas:** Deficiência na comunicação verbal, obstrução nasal intenso (desvio de septo e provavelmente adenoide). Hipertenso. Cirurgia de colo de fêmur há 10 anos. (...) Insuficiência renal crônica. Em 1991, foi submetido à Herniorrafia.

<sup>388</sup> BURKE, Peter. A Nova História, seu passado e seu futuro. In: \_\_\_\_\_. **A escrita da História:** novas perspectivas. Peter Burke (org.). São Paulo: Editora UNESP. 1992. p. 03.

<sup>389</sup> HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO, 2007. Op. cit. p. 11.

**Condições de autonomia:** Não faz refeições sozinho, não cuida da aparência e de seus pertences. Não toma banho sozinho, necessita de auxílio da enfermagem. Não arruma a cama.<sup>390</sup>

Esses dois registros, em uma perspectiva de uma psiquiatria mais tradicional, ou até mesmo de senso comum, que redobrava o peso na questão patológica e que produzia uma visibilidade particular sobre a loucura, construíram enunciações fixas sobre esses indivíduos, transformando-os em sujeitos da loucura, ou seja, presos a uma identidade constituída a partir de um processo de subjetivação da doença.<sup>391</sup>

Em um primeiro momento, poderíamos entender esses sujeitos como incapazes, de contato social pobre, como descreve a documentação, e com necessidade de serem totalmente tutelados, se enquadrando em uma representação coletiva do que seria a loucura e qual a forma de ação frente a ela através de vetores diversos, como os diferentes processos de subjetivação.

A fonte que foi exposta acima, apresentava os diagnósticos com base na Classificação Internacional de Doenças (CID), em que neste constam códigos relativos à classificação de doenças, classificando-as de A a Z, cada qual acompanhada de um número de registro próprio, o que para a especialidade psiquiátrica serve como aparato para classificar e ordenar o que chamam de doenças mentais.

O que isso significa é que se temos, por exemplo, o usuário 01 como “CID F-06.8”,<sup>392</sup> que na Classificação Internacional de Doenças é descrito como “outros transtornos mentais especificados devidos a uma lesão e disfunção cerebral e a uma doença física”,<sup>393</sup> e o usuário 02 como CID 10 F-29 descrito como “Psicose não-orgânica não especificada”,<sup>394</sup> temos dois diagnósticos diferentes que, por sua vez, moldaram as individualidades dos usuários.

Por outro lado, quando ocorre um processo de subjetivação que homogeniza e descentra o indivíduo de sua condição específica, acarreta em uma padronização e uma desvalorização do indivíduo único em prol de uma significação coletiva do que seria a loucura. Dessa forma, esquece-se que esses sujeitos poderiam ter uma relação ética consigo mesmos, ficando estes, presos pelo número de seu prontuário e de seu CID.

<sup>390</sup> Ibidem. p. 13.

<sup>391</sup> TORRE, E. H. G. AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1):73-85, 2001. p. 76.

<sup>392</sup> Organização Mundial da Saúde. **CID-10**: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol.1. p. 62.

<sup>393</sup> Idem.

<sup>394</sup> Ibidem. p. 68.

Na fonte “Relatório Geral dos Usuários de Longa Permanência” houve destaque para o chamado atendimento biopsicossocial,<sup>395</sup> em que fatores psicológicos e sociais deveriam ser analisados juntamente com fatores puramente biológicos. Com isso, a instituição apontou quais eram as vias para esse atendimento, sendo eles o de “psicóloga, terapeuta ocupacional, serviço social, médico e odontológico”.<sup>396</sup>

Percebemos assim, o trabalho multiprofissional que englobava atendimentos que recorriam a outra via que não era apenas a biomédica centrada na doença, indo ao encontro de todo o discurso psicossocial da Reforma Psiquiátrica debatido em nosso primeiro capítulo.

É importante pensar no conceito de biopsicossocial propiciado pelo HCAB, atrelado à ruptura com o estigma. Ao analisar o estigma, Erving Goffman<sup>397</sup> trouxe um debate, que ainda é bastante atual, de como são diferentes os processos que criam as identidades sociais dos sujeitos que, muitas vezes, são virtuais, ou seja, que não correspondem ao indivíduo em sua verdadeira essência. O estigma se constrói a partir dessa identidade virtual quando há o estranhamento para com o outro. No caso dos usuários do HCAB, o atendimento biopsicossocial aparecia como processo de subjetivação e de problematização de modelos e práticas que colocavam a doença em parâmetros não mais que biológicos.

Goffman partiu em seus estudos de uma análise de nível microssociológico observando a interação social e a atenção na forma como cada um desempenha o seu papel e qual a impressão que esse papel acaba por causar no outro. Nos propósitos de diferentes movimentos e sujeitos que configuraram a própria Reforma Psiquiátrica ocorre a luta junto ao indivíduo considerado doente para construir uma nova subjetividade, o que problematiza as estratégias que os estigmatizados empregam frente aos demais. Busca-se a cidadania, o reforço do convívio comunitário e da difusão de informações sobre a saúde mental, para que se reconhecesse o outro em sua subjetividade que não se resumisse à doença.

Segundo Goffman quando, em um meio social, conhecemos e estamos frente a frente com o outro, criamos concepções sobre ele e, assim, produzimos parâmetros e exigências normativas diversas: o que se acredita que aquele sujeito é. Ou seja, uma concepção feita a priori, era o que o autor chamou de identidade virtual. Já, o que o indivíduo realmente é, as categorias e atributos que ele possui, Goffman chamou de identidade social real.

Por mais que Goffman não tenha partido em suas obras das concepções de subjetividade, para nós foi importante esse diálogo para compreender como foram

---

<sup>395</sup> HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO. 2007. Op. cit., p. 46.

<sup>396</sup> Idem.

<sup>397</sup> GOFFMAN. Op. cit., 1988.

estabelecidas as evidências sobre os sujeitos que, por sua vez, os tornaram diferentes e menos desejáveis frente aos outros que estavam em outra categoria em que ele poderia ser incluído – a categoria de normal, neste caso ou ainda de autônomo. O discurso das fontes apontou, em alguns casos, como essa categoria de normal aparecia na dicotomia entre limitação física e limitação psicológica. Vejamos:

Usuário com contato pobre e difícil, delirante, desorientado, sem crítica, pouco preocupado com seu aspecto pessoal, não se ajuda em nada. Alteração de comportamento, episódios de agitação psicomotora e liberação de agressividade.

Usuário faz suas refeições sozinho, mas psicologicamente apresenta-se dependente na realização da sua higiene. Falta de iniciativa, auto e heteroagressividade e apatia. Só responde quando estimulado. Usuário alfabetizado. Não apresenta limitação física.<sup>398</sup>

Chamamos a atenção para a relação entre os trechos “não se ajuda em nada”, “falta de iniciativa”, “só responde quando estimulado” e “não apresenta limitação física”.<sup>399</sup> O documento falava sobre os usuários asilares que se mantinham sob tutela da instituição e que não tiveram acesso aos serviços de RTS. Nesse sentido, houve uma ligação entre o sujeito não possuir nenhuma limitação física, com o fato dele não se ajudar, como se os aspectos físicos e psicológicos estivessem interligados.

Essa forma de identificar o usuário apontou, novamente, para a discussão da questão de produtividade, pois se o sujeito não tinha nenhuma deficiência física, se era alfabetizado, seu quadro poderia parecer saudável, mas não o era pelo fato de “não se ajudar” e depender de estímulos. Fisicamente era normal, psicologicamente era enquadrado enquanto “pouco preocupado”<sup>400</sup>, em meio à descrição de sua alteração de comportamento.

Tal perspectiva enunciada parecia ser um dos pilares da busca pela autonomia e por independência, proposta pelas diferentes fontes, especialmente no “Relatório Geral dos Usuários de Longa Permanência”, que pretendia estimular para obter ações que levassem a uma maior produtividade e emancipação dos sujeitos.

No caso dos hospitais psiquiátricos estes, por tempos, significaram espaços simplesmente de reclusão e produção de saberes e, em meio a ele e junto ao meio social, construíram-se teorias de estigma para explicar o porquê do quadro de determinados sujeitos.

<sup>398</sup> HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO. 2007. Op. cit., p. 36.

<sup>399</sup> Idem.

<sup>400</sup> Idem.

Nos relatórios que tivemos acesso, como já dissemos anteriormente, não constam os dados gerais dos usuários de longa duração que tiveram reinserção familiar e remanejamento às Residências Terapêuticas mas, a partir dos vestígios das vidas destes, pudemos ver o que era necessário para ter acesso à desinstitucionalização.

Por sua condição clínica e psicológica, esses sujeitos permaneceram sob tutela da instituição e, em média, estavam há vinte anos nas mesmas alas psiquiátricas. Vejamos como foi feita a descrição desse usuário apresentado nas fontes.

### **Identificação e histórico institucional**

Nome: Angela (Ignorado)

Documentação: em andamento.

Sexo: feminino.

Data de nascimento: Ignorado.

Naturalidade: Ignorado.

Procedência: Ignorado.

Data do internamento: 10/01/1994

### **Avaliação de autonomia**

Faz refeições sozinho: Não.

Cuida da aparência: Não.

Cuida de seus pertences: Não.

Toma banho sozinho: Não.

Arruma a cama: Não.

### **Sociabilidade**

Conversa, fala com outras pessoas (espontaneamente): Paciente isolada, sem contato.

Divide as tarefas: Não.

Lembra-se de sua vida (história familiar): Não expressa.

Manifesta religiosidade: Não expressa.

### **Condições especiais**

Paciente geriátrico: Não.

Dificuldades sensoriais: Não.

Deficiência mental: Aparente rebaixamento cognitivo.

Limitações físicas: Não apresenta.

Aspectos emocionais: episódios de agressividade, auto agressão e agitação psicomotora.

Habilidades de comunicação e expressão: Paciente sem contato, expressa-se através de gritos.

Recreação: Caminhada na área do hospital e festividades internas.

Relação com dinheiro

Tem conhecimento de valores: Não.

Sai da unidade para fazer compras: Não.

Desejo manifesto do usuário

Morar em uma casa (RT): Não expressa.

Voltar para uma casa (família): Não expressa.

Escolher companheiros para casa: Não expressa.

Permanecer na unidade do hospital: Não expressa.

Ter casa própria: não expressa.<sup>401</sup>

Para todos os demais usuários foi aplicado o mesmo questionário, as perguntas e respostas se repetiam, seguindo uma estrutura própria do documento a fim de, ao que nos parece, justificar principalmente a não inserção destes dentro do programa de Residências Terapêuticas.

O foco geral encontrava-se numa valorização de autonomia, uma autonomia baseada em princípios básicos de autocuidado em que, com a dicotomia do normal ao anormal, criou-se uma estratégia de tutela dos indivíduos, encontrando dificuldades em estabelecer sua reabsorção na ordem social. Assim, tivemos ações mais de ordem administrativa do que terapêuticas. A partir disso, forjou-se um espaço no qual essas pessoas acabavam por ser sujeitadas ao exame de suas condutas, assim como de seu histórico pessoal e familiar.<sup>402</sup>

A preocupação indicada no documento “Encaminhamentos dos usuários de longa permanência (2002-2009)”, anteriormente citado, sobre se o interno “tem conhecimento de valores” ou se “sai da unidade para fazer compras”, indicava uma questão de autonomia, mas nos perguntamos: que autonomia? Seria, segundo Duarte, um “governo” econômico desses indivíduos, os quais decidem reger e submeter sua conduta pelos princípios do autoempendedorismo, tornando-se, assim, “presas voluntárias de processos de individualização e subjetivação controlados flexivelmente pelo mercado”.<sup>403</sup>

Para Foucault, com o advento do liberalismo, o homem foi compreendido em termos de “homo oeconomicus”, isto é, como um ser agente que, estimulado pelas diversas exigências do mercado, busca responder a essas exigências.<sup>404</sup> Essa perspectiva, arraigada nas mentalidades dos diferentes sujeitos envolvidos com os projetos de desinstitucionalização no HCAB, foi visível também em diferentes documentos institucionais que destacaram a importância dos usuários possuírem condições de se adaptarem às pequenas necessidades que gerem a sobrevivência humana. Pois, tratava-se de reabilitação social e o ingresso dos usuários novamente ao meio social deveria atender às demandas básicas.

---

<sup>401</sup> HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO. **Encaminhamentos dos usuários de longa permanência (2002-2009)**. Pinhais, 2009. p. 17-18.

<sup>402</sup> PRADO, Guilherme Augusto Souza. Revisitando a História da loucura: experiência trágica, exclusão, captura e tutela. **Estudos Contemporâneos da Subjetividade**. v. 6, n. 2, 2016, 223-238. p. 235.

<sup>403</sup> DUARTE, André. Foucault e as novas figuras da biopolítica: o fascismo contemporâneo. In: RAGO, Margareth. VEIGA-NETO, Alfredo. **Para uma vida não-fascista**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009. p. 47.

<sup>404</sup> DANNER, Fernando. O Sentido da Biopolítica em Michel Foucault. **Revista Estudos Filosóficos** nº 4/2010 ISSN 2177-2967. p. 13.

A noção de sociedade de controle, proposta por Gilles Deleuze, parece indicar o caminho tomado, pois o que está em jogo na atualidade é a cifra. A cifra seria uma senha, um controle individual “a linguagem numérica do controle é feita de cifras, que marcam o acesso à informação ou à rejeição”.<sup>405</sup> Isso significa que os sujeitos deixam de ser independentes para se tornarem divisíveis, ou seja, se transformam em dados e amostras que precisam ser seguidos e observados para que se reconheçam os padrões de comportamentos criando infinitos modos de sujeição e, ao mesmo tempo, possa se rastrear o que desvia desse padrão que é criado (como é a loucura).

Para Deleuze,<sup>406</sup> nos encontramos em meio a uma crise de todos os meios de confinamento – aqui a questão tutelar parece importante –, momento em que não se para de anunciar reformas, como no campo médico a Reforma Psiquiátrica. E aqui o controle se dá “ao ar livre”, não necessitando de um espaço fechado, como no exercício de um poder disciplinar,<sup>407</sup> ou seja, o poder não é exercido apenas em instituições, mas sim está presente em diferentes lugares na sociedade, partindo de diferentes setores.

Percebemos quando a fonte “Encaminhamentos dos usuários de longa permanência (2002-2009)”<sup>408</sup> elencou como um dos pontos das características dos usuários a preocupação com dinheiro, que autonomia dos sujeitos para a instituição eram as ações básicas do dia-a-dia, como, por exemplo, os indivíduos gerirem seu próprio dinheiro. No documento “Relatório Geral dos Usuários de Longa Permanência” houve a indicação das diretrizes do processo de ressocialização, e nesta, a questão monetária teve um peso considerável. O outro lado dessa preocupação se refere a como os corpos que estavam numa instituição médica eram comparados aos corpos de nuances mutáveis – aqueles que o discurso liberal denomina de capital humano –, ou seja, dotados de flexibilidade, inteligência emocional e habilidades comunicativas consumíveis em um mercado econômico competitivo.<sup>409</sup>

O peso do diagnóstico clínico e psiquiátrico induziu a analisar se esses sujeitos eram aptos a gerir sua vida econômica e se eram aptos a produzir uma renda que tornasse possível a manutenção de sua vida em uma Residência Terapêutica, o que seria um passo para o convívio aberto em sociedade. Entende-se que assim foi realizado o processo de inclusão

---

<sup>405</sup> DELEUZE. Op. cit., 2013. p. 222.

<sup>406</sup> Idem.

<sup>407</sup> FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**: nascimento da prisão. 41. ed. Petrópolis: RJ: Vozes, 2013c.

<sup>408</sup> HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO. 2009. Op. cit.

<sup>409</sup> TÓTORA, Silvana. Foucault: biopolítica e governamentalidade neoliberal. **Revista de Estudos Universitários - REU**, [S.l.], v. 37, n. 2, p. p. 81-100, jan. 2012. ISSN 2177-5788. p. 97.

exclusiva em que eram vigiados não mais somente dentro de uma instituição, mas sim fora dela, caracterizando uma sociedade de controle.

Os usuários de longa permanência passaram, então, a ter uma proposta de trabalho dentro da instituição com o objetivo de “um encaminhamento ao local adequado às condições física, psiquiátrica e social dos usuários de longa permanência”.<sup>410</sup> O projeto visava “desinstitucionalizar os usuários de longa permanência, melhorar o desenvolvimento global, promover a socialização”.<sup>411</sup>

Entre as atividades desenvolvidas, o documento elegia como principais as atividades sócio recreativas, oficinas de Terapia Ocupacional e de Psicologia e atividades de vida diárias, conhecidas por (AVDs).<sup>412</sup> Para tanto, foi montado um quadro de atividades da Unidade baseadas em seis etapas distintas:

1. Autocuidado: higiene pessoal, troca de roupa, escovação de cabelos, corte de unhas e cabelos.
2. Limpeza e conservação do ambiente: arrumação das camas, troca de roupas de cama e de banho, limpeza dos quartos, limpeza de área em comum.
3. Alimentação e descanso: café da manhã, almoço, café da tarde, jantar, ceia. Horário livre com televisão e aparelho de sono.
4. Ser conviver: atividade esportiva, recreativa, cultural e passeios.
5. Conhecer e fazer: atividades manuais e artesanais.
6. Atendimento biopsicossocial: atendimento da equipe multiprofissional, médico, fisioterápicos, odontológicos, socioterápicos, terapia ocupacional.<sup>413</sup>

Todas essas atividades se integraram a fim de avaliar os usuários nas atividades de rotinas da Unidade, estabelecendo uma espécie de estudo comparativo entre as condições iniciais das atividades e seis meses após o desempenho destas.<sup>414</sup> No geral, foram elencadas as seguintes atividades dentro da instituição: passeios na área externa, jogos esportivos, bailes, festas, além de exercícios expressivos, instrumentais e de coordenação motora.<sup>415</sup> Todas essas práticas teriam o objetivo de:

Desenvolver a área motora (andar, equilíbrio, musculatura, etc);  
Desenvolver a área auditiva;

---

<sup>410</sup> HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO. 2007. Op. cit., p. 44.

<sup>411</sup> Idem.

<sup>412</sup> Idem.

<sup>413</sup> Idem.

<sup>414</sup> Ibidem. p. 47.

<sup>415</sup> Ibidem. p. 46.

Desenvolver a área visual;  
 Estimular vínculos;  
 Socialização;  
 Verbalização e organização do pensamento;  
 Proporcionar momentos de lazer;  
 Incentivar autocuidado;  
 Orientar a noção temporal, espacial e corporal;  
 Executar as AVDs;  
 Propiciar trabalho educativo;  
 Desenvolver auto-estima;  
 Trabalhar higiene e alimentação.<sup>416</sup>

Toda essa proposta foi feita a partir do trabalho multiprofissional representado pelo atendimento biopsicossocial. Contudo, quando o usuário não expressava nenhuma opinião devido à cronicidade de sua patologia ou não respondia aos estímulos das atividades oferecidas acima, ficava a cargo da instituição decidir seu lugar e, dessa forma, o discurso apresentado quanto à relação de autonomia justificava a ação. Essa tutela se apresentava não como uma lógica própria da instituição, seja ela qual for, mas sim estava em meio a todo um processo social em que a sociedade estabeleceu, há muito tempo, formas de dizer o que é uma condição saudável de vida e o que não é.

Podemos concluir que a própria instituição apontou a necessidade de implantação, construção e organização das Residências Terapêuticas para o que ela denominava de "portadores de necessidades especiais",<sup>417</sup> em outras palavras, aos usuários de saúde mental, que, devido ao seu perfil crônico, não podiam ser encaminhados aos serviços habitualmente oferecidos.

Na perspectiva do hospital, para mudar essa realidade e para que o processo de desinstitucionalização pudesse alcançar todos os usuários que ainda estavam na instituição, era necessária uma parceria com outros setores da rede pública e até mesmo privada.<sup>418</sup> Documentos institucionais, como o "Relatório Geral dos Usuários de Longa Permanência do HCAB", apontaram que a proposta de Residência Terapêutica (Tipo I), ou seja, convencional e não adaptada aos usuários mais crônicos "não possui as devidas condições e suporte para acolher a maior parte desses usuários".<sup>419</sup>

Até aqui percebemos algumas questões significativas. Sejam os processos de subjetivação, de estigmatização, sejam preocupações com questões de ressocialização, como

---

<sup>416</sup> Idem.

<sup>417</sup> HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO. 2003. Op. cit., p. 11.

<sup>418</sup> Ibidem. p. 12.

<sup>419</sup> HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO. **Relatório Geral dos Usuários de Longa Permanência**. Pinhais, Paraná. 2007. p. 03.

fazer, o que fazer, o que o indivíduo deveria possuir para fazer parte das RTS ou casas de apoio. Destacaram-se na documentação os principais fatores que poderiam encaminhar os usuários aos serviços ofertados para um tratamento fora dos muros da instituição: a autonomia, a sociabilidade, as condições especiais, os aspectos emocionais, habilidades de comunicação e expressão, relação com dinheiro e os desejos e vontades manifestados pelos pacientes.<sup>420</sup>

Foi perceptível como, por mais que existiam novas formas de tratamento, voltados à promoção da Saúde Mental tal como o Serviço Residencial Terapêutico, mesmo assim houve uma dificuldade de discutir a desinstitucionalização, pois os serviços não abrangiam toda a clientela. Isso caracterizou um problema público da saúde, pois a “desinstitucionalização não se restringe à reestruturação técnica, de serviços, de novas e modernas terapias: torna-se um processo complexo de recolocar o problema de reconstruir saberes e práticas, de estabelecer novas relações”.<sup>421</sup>

Esta era uma iniciativa que não deveria partir unicamente da instituição, mas esta acabou tendo que se reorganizar e estabelecer parâmetros de quem eram os usuários aptos a participarem dos projetos novos da Reforma e quem eram aqueles que, por sua condição, necessitavam ficar internados nos hospitais. Importante em tudo isso foi como a instituição reconheceu os limites e a necessidade de uma ampliação desses serviços e de novas formas de tratamento.

Nesse caso, pensando o movimento da Reforma Psiquiátrica até os dias atuais, entende-se que ele necessita de mecanismos e estratégias para se interrogar sem cessar sobre “quem somos nós”, que necessita de um interrogar que escape justamente àquelas determinações de diagnósticos e de perguntas objetivas que partem de investigações científicas, biologizantes e administrativas que determinam quem somos.<sup>422</sup> Isso envolve um cuidado em submeter os usuários de instituições psiquiátricas e todos que necessitam de cuidados relativos à saúde mental a um conjunto de modelos muito específicos que direcionarão seu caminho por entre as tramas da loucura.

Nossa intenção, neste segundo capítulo, foi mostrar as primeiras ações do HCAB frente à realidade dos usuários e demonstrar que foram complexas as relações entre os usuários, as novas diretrizes de Saúde Mental e a ação administrativa advinda do hospital.

---

<sup>420</sup> HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO. 2009. Op. cit.

<sup>421</sup> AMARANTE. 2007. Op. cit., p. 37.

<sup>422</sup> Ibidem. p. 278.

O HCAB propôs táticas que dialogaram, aos poucos, com o movimento da Reforma Psiquiátrica e, gradativamente, se reestruturou levando em consideração, em primeiro lugar, os usuários que usufruíam de seus serviços gerais.

São encontros e rupturas, erros e acertos que fazem com que a instituição seja dinâmica, resultante de relações de poderes diversas e, dessa forma, produtora de saberes e práticas que precisam atender à comunidade e ainda manter um status de progresso que não pode transparecer um movimento que acabe por se tornar estático.

Portanto, a Reforma Psiquiátrica dentro do HCAB foi sendo trabalhada em torno desses sujeitos que se apresentam como agentes de força máxima, que instigaram sobre as relações de poder e que precisavam ser vistos a partir de sua identidade social, como bem apontou Goffman, e não como uma estatística ou como simples causa tutelar.

### CAPÍTULO 3

#### MEMÓRIAS SOBRE A LOUCURA: DISCURSOS SOBRE O HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO E SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA

Neste terceiro e último capítulo, analisamos a relação entre história e memória da Reforma Psiquiátrica do e no HCAB. Tivemos, portanto, uma linha traçada pela dissertação em meio ao processo intersubjetivo que resultou nas transcrições aqui problematizadas.

Para tanto, entrevistamos três pessoas ligadas, de formas diversas, à história do HCAB: o médico e ex-deputado estadual do Partido dos Trabalhadores (PT-PR) Florisvaldo Fier, ou Doutor Rosinha,<sup>423</sup> Odair do Rocio e Regina Maria Cardoso, enfermeiros do HCAB no período de 1980 a 2017.<sup>424</sup> A escolha por entrevistar estas duas últimas pessoas advém da sua experiência na instituição, que perpassou um período anterior e posterior ao movimento de reforma.

Também foi utilizada a entrevista realizada por Wadi, Casagrande e Ouyama, feita em 2009, com: Vera Lucia Ledra, enfermeira aposentada do HCAB; Eva Tereza Marchaukowski, ex-funcionária do HCAB que trabalhou como coordenadora da lavanderia do hospital e Isolda Schmoelz, ex-funcionária do setor financeiro da instituição.<sup>425</sup> As três funcionárias aposentadas atuaram no hospital entre os anos de 1970 a 2008. A entrevista trouxe relatos, principalmente, sobre os 15 primeiros anos da instituição, o que foi interessante para fazer um contraponto entre as mudanças ocorridas dentro do HCAB, em nosso recorte temporal.<sup>426</sup>

Não optamos, nesta dissertação, por relatar histórias de vida, porém, ficou clara a ideia de que as entrevistas ocorreram dentro de um campo de possibilidades que, para Portelli, significa que “a todo momento, na mente das pessoas, se apresentam diferentes destinos

---

<sup>423</sup> O Dr. Rosinha foi responsável pelo encaminhamento do projeto que criou a Lei Estadual da Reforma Psiquiátrica no Paraná em 1995.

<sup>424</sup> Enfermeiros do Hospital Colônia Adauto Botelho que iniciaram o trabalho no hospital em meados da década de 1980.

<sup>425</sup> LEDRA, Vera L.; MARCHAUKOWSKI, Eva T. S.; SCHMOELZ, Isolda. **Vera L. Ledra, Eva T. S. Marchaukowski, Isolda Schmoelz**: depoimento ao projeto “Assistência psiquiátrica no Estado do Paraná: Mapeamento e análise histórica das instituições, da legislação e das principais políticas públicas” [25/09/2009]. Entrevistadores: Yonissa M. Wadi; Attiliana de B. Casagrande; Maurício N. Ouyama. Curitiba, 2009. 01 dvd

<sup>426</sup> O foco será dado nas entrevistas realizadas em 2017, por terem o viés já direcionado a esta pesquisa, devido ao fato de serem feitas a partir de um modelo estruturado sobre o tema central da reforma. Aos dois enfermeiros do HCAB, foram elaboradas perguntas focalizando as experiências no campo da saúde mental, o cotidiano hospitalar e o movimento de Reforma Psiquiátrica. A de Doutor Rosinha foi estruturada acerca do processo de criação da lei da reforma e os seus desdobramentos.

possíveis”.<sup>427</sup> Ou seja, no ato da entrevista, os sujeitos perceberam esse campo de possibilidades à sua maneira e acabaram por se orientar no passado e no presente, na forma que foi mais apropriada a eles.

Portanto, esse capítulo buscou explicitar as aproximações e oposições das entrevistas, pois estamos falando de sujeitos que, em suas falas, apresentaram elucidações próprias, objetivos próprios. Também ressaltamos que as pessoas que aceitaram dar a entrevista estavam cientes, de alguma maneira, de que tinham uma mensagem a transmitir.

A análise dessas entrevistas levou em consideração que o ato de falar sobre determinado assunto representa uma versão e uma visão do passado<sup>428</sup> o que significa, para Voldman, “um ponto de vista sobre os fatos e, permitir estabelecer a sua veracidade, também é controlar a posteridade, ter domínio sobre a imagem que será legada à eternidade”.<sup>429</sup>

À luz dessa questão, Portelli falou que “não temos, pois, a certeza do fato, mas apenas a certeza do texto: o que nossas fontes dizem pode não ter relação com eventos sucedidos verdadeiramente, mas está contado de modo verdadeiro”.<sup>430</sup> Pensando dessa forma, as entrevistas possibilitaram colocar em questão as subjetividades dos indivíduos na história e sua relação intrínseca com o campo social, político, econômico e cultural.

Os sentidos dados à Reforma Psiquiátrica na fala desses sujeitos atravessaram horizontalmente esses campos que, para Voldman “permite avaliar a importância do acaso e das conjunturas, da psicologia individual e coletiva, bem como as tentativas de autojustificação e os julgamentos a posteriori”.<sup>431</sup> Assim, nos interessou o sentido que esses sujeitos deram à sua experiência, ou seja, o que possibilitou que fosse definido como sua verdadeira experiência em um determinado tempo e espaço, relacionando-a às escolhas interpretativas.

Nas entrevistas, ficou bastante clara a alteridade entre entrevistador e entrevistado, formando assim, uma relação de poder criada por diversas vias. Mas, a principal via foi a separação e a diferença que existe entre o eu pesquisador e o eu sujeito que vivenciou o processo em questão. Assim, muito do discurso dos entrevistados esteve ancorado nessa

---

<sup>427</sup> PORTELLI, Alessandro. A Filosofia e os Fatos: Narração, interpretação e significado nas memórias e nas fontes orais. **Tempo**, Rio de Janeiro, vol. 1, n.º. 2, 1996, p. 59-72. p. 66.

<sup>428</sup> VOLDMAN, Danièle. A invenção do depoimento oral. In: FERREIRA, Marieta M.; AMADO, Janaina (Org.). **Usos & abusos da história oral**. 8. ed. - Rio de Janeiro: Editora FGV. 2006b. p. 247-265.

<sup>429</sup> Idem. p. 258.

<sup>430</sup> PORTELLI. 1996. Op. cit., p. 62.

<sup>431</sup> VOLDMAN. 2006b. Op. cit., p. 259.

alteridade que, por sua vez, deu toda a dramaticidade das experiências e sensibilidades construídas.

Importante ressaltar sobre esse aspecto foi o lugar em que as entrevistas foram realizadas. Com Doutor Rosinha, o local indicado pelo próprio médico foi a Assembleia Legislativa do Paraná, em Curitiba (PR). Já, as entrevistas com os dois funcionários do HCAB foram realizadas no próprio hospital. Assim, as falas desses sujeitos se tornaram sensíveis à dimensão espacial, pois o lugar de onde falaram foi o espaço de compartilhamento de experiências diversas. Isso ressignificou os sentidos de suas trajetórias e orientou seus discursos.

Foi pensando essa rede de significados e de discursos que se organizam com explicitações de mundo diversas, que esse capítulo analisou os referenciais sobre a Reforma Psiquiátrica no Hospital Colônia Aduino Botelho, constituindo, também, um aprendizado da experiência do outro.

### 3.1 A Reforma Psiquiátrica como política de Estado

A primeira entrevista problematizada neste capítulo foi a de Florisvaldo Fier, o Doutor Rosinha, como é mais conhecido, nome imprescindível quando se fala sobre Reforma Psiquiátrica no Paraná, sendo autor do projeto que resultou na Lei Estadual n. 11.195, lei da Reforma Psiquiátrica no estado.<sup>432</sup>

A opção pela problematização da entrevista da forma que se seguiu neste trabalho foi construída a partir da convicção de questionar os diferentes caminhos percorridos, planejados ou não, de todo o movimento da reforma em âmbito estadual.

A entrevista foi realizada a partir de dois eixos centrais, sendo eles Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica, buscando problematizar os percursos e elucubrações de todo esse movimento, juntamente com a trajetória do entrevistado, tematicamente, dentro do limite da nossa pesquisa.

De início, solicitamos que Doutor Rosinha falasse um pouco sobre si e sobre sua carreira, ao que ele respondeu da seguinte maneira: “Sou funcionário público da prefeitura de Curitiba, médico pediatra e sanitarista. Fui vereador de Curitiba por dois anos, deputado estadual por oito anos e deputado federal por dezesseis anos”.<sup>433</sup> Nesse breve resumo de vida,

<sup>432</sup> PARANÁ. 1995. Op. cit.

<sup>433</sup> FIER, Florisvaldo. **Florisvaldo Fier**: entrevista [20/03/2017]. Entrevistadora: Jakeline Santos Carvalho. Curitiba, PR. 2017. p. 01.

o que nos chamou a atenção foi sua carreira política que, nas próximas falas, delineou todo o enredo discursivo da entrevista.

Seguindo, perguntamos sobre o contato de Doutor Rosinha com a saúde mental:

Bom, como eu disse, eu tenho especialidade em saúde pública e tenho também em saúde do trabalhador. Então o próprio envolvimento na área de saúde pública e na área de saúde do trabalhador, aonde, tem muito peso a questão da saúde mental, então, quer dizer, pela própria leitura, e depois me envolvi com o movimento antimanicomial já no exercício de um mandato de deputado estadual. Participei de alguns debates sobre o tema, e, claro, na formação minha de médico, eu conhecia os manicômios. É, fiz estágio no Hospital Nossa Senhora da Luz, isso na década de setenta, então dava pra se ter uma ideia do que era um hospital psiquiátrico. E aí as leituras mais o movimento antimanicomial, me despertou para o tema.<sup>434</sup>

Chamamos atenção para o envolvimento de Doutor Rosinha com a saúde do trabalhador, como decorrência da prática médica que desencadeou sua aproximação direta com saúde mental. De acordo com a vasta bibliografia existente sobre o tema da saúde do trabalhador, esta engloba, por exemplo, discussões sobre o capital vigente, competitividade no mercado de trabalho, sobrecarga, precarização, questões que influenciam diretamente na saúde mental dos trabalhadores.<sup>435</sup> Na fala de Doutor Rosinha, foi traçado um caminho conjunto entre sua experiência no campo médico, com, posteriormente, o seu ingresso na política pelo Partido dos Trabalhadores (PT) que foi estruturado a partir do movimento de trabalhadores sindicais, de setores da Igreja Católica e de grupos de esquerda.<sup>436</sup>

De acordo com Portelli, memória é produto da história individual e das relações sociais e culturais em que um indivíduo está imerso,<sup>437</sup> dessa forma, trabalhar com o discurso, presume, indubitavelmente, pensar a posição ocupada na sociedade pelo sujeito e as correlações disso com a própria produção de sua fala. Assim, não foi possível dissociar esses

<sup>434</sup> Idem.

<sup>435</sup> Ver em: BRAGA, Ludmila Candida de; CARVALHO, Lidia Raquel de; BINDER, Maria Cecília Pereira. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1585-1596, June 2010; AZAMBUJA, Eliana P. et al. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um programa de saúde da família. **Texto & contexto - enfermagem**. Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 71-79, Mar. 2007; CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Riscos psicossociais relacionados ao trabalho das equipes de Saúde da Família: percepções dos profissionais. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 502-507, 2007.

<sup>436</sup> VOIGT, Leo. **A formação do PT: esboço de reconstrução histórica**. Porto Alegre. Dissertação (Mestrado) Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1990.

<sup>437</sup> Para Portelli “a essencialidade do indivíduo é salientada pelo fato da História Oral dizer respeito a versões do passado, ou seja, à memória. Ainda que esta seja sempre moldada de diversas formas pelo meio social, em última análise, o ato e a arte de lembrar jamais deixam de ser profundamente pessoais.” PORTELLI, Alessandro. **Tentando aprender um pouquinho: algumas reflexões sobre a ética na História Oral**. Projeto História 15. São Paulo, 1997. p. 16.

dois marcos do discurso de Doutor Rosinha, pois foi o que traçou sua história. Desta maneira, a memória se constitui como um fenômeno individual e coletivo, marcado por “instrumentos socialmente criados e compartilhados”.<sup>438</sup>

Frente a isso, a partir do envolvimento do médico com a saúde mental, percebemos, na entrevista, como começou a se delinear sua aproximação ao movimento de Reforma Psiquiátrica junto ao partido, ressaltando a participação ativa do PT, desde a proposta da lei de Paulo Delgado em 1989:

O Paulo Delgado tinha apresentado um projeto de lei a nível nacional, aquela lei que só foi aprovada muitos anos depois, como lei, então o Paulo apresentou aquele projeto. E nós, eu era deputado estadual, um grupo de deputados estaduais, começamos a apresentar, a nível dos estados, e lógico, a cada projeto a nível de estado era após uma análise de conjuntura, do que era possível aprovar naquele momento, qual era a correlação de forças na política e a possibilidade de aprovar. E assim foi, que eu lembre em São Paulo, acho que no Ceará, e todos esses projetos apresentados por deputados do PT. E quando começaram a existir vários projetos, lógico, os projetos fruto de um debate coletivo, nunca fruto de uma... qualquer projeto de lei, nunca é fruto da ideia pessoal, eu acho que quem tem ideia de projeto pessoal, é... geralmente, faz só projeto em causa própria ou bobagem, basta ver o número de projetos de lei que tramitam pelo Brasil a fora. E, na ocasião, inviabilizado de aprovar o projeto do Paulo Delgado, a Organização Panamericana de Saúde chamou para uma reunião em Brasília o Paulo Delgado e todos os deputados estaduais que tinham apresentado o projeto de lei. E a partir daí, de um debate de conteúdo do projeto e de uma análise de conjuntura, cada de um nós voltou para os estados, é, de uma maneira mais articulada para aprovar os projetos. Então o projeto que foi aprovado aqui no Paraná, ele era o que era possível na época e mesmo para época ele já era insuficiente, já era aquém daquilo que nós necessitávamos. E, como a conjuntura não permitia mais avanços, foi colocada no projeto uma revisão cinco anos depois, coisa que não ocorreu até hoje. Não ocorreu porque a... (inaudível) luta antimanicomial, o governo de estado até agora nenhum deles teve interesse em uma política de saúde mental, é, a nível de estado, e se orientam pela lei federal aprovada depois ainda quando eu era deputado federal, eu votei naquela lei, aprovada posteriormente a lei Paulo Delgado, um pouco mais avançada que a nossa, mas também muito retraída já para a conjuntura daquela época.<sup>439</sup>

Nesse trecho da fala de Doutor Rosinha, a entrevista começou a tomar corpo pela modalidade comunitária e grupal de um “nós” que, nesse caso, significava o partido político e como as leis das reformas estaduais e, ainda, a proposta de Reforma Psiquiátrica nacional, foi impulsionada por partidários do PT. A referência ao “nós” em frases como “e nós, eu era deputado estadual, um grupo de deputados estaduais, começamos a apresentar a nível dos

---

<sup>438</sup> Idem.

<sup>439</sup> FIER. 2017, Op. cit., p. 02.

estados”<sup>440</sup>, representou, de acordo com Portelli, o pertencimento a uma comunidade do local de trabalho e ao seu entorno imediato<sup>441</sup>. Tal questão foi reforçada pelo trecho: “e quando começou a existir vários projetos, lógico, os projetos fruto de um debate coletivo”.<sup>442</sup>

O coletivo aqui se referia ao partido e a representatividade dele em todo o Brasil, porém, a reforma é fruto de um debate social muito mais amplo que veio de dentro das instituições, partindo dos funcionários, usuários e familiares, bem como já discutido anteriormente nos primeiros capítulos.

Um destaque nessa fala foi a reunião convocada pela Organização Panamericana de Saúde, denominada “Encontro de Parlamentares Estaduais sobre Legislação Psiquiátrica no Brasil”<sup>443</sup> em 1993, em que os representantes estaduais foram convocados a discutir seus projetos de lei sobre a reforma, o que foi apresentado no nosso primeiro capítulo.

Nos parece que, por mais que houvesse uma mobilização política nacional em torno da luta antimanicomial, as reformas nos estados foram uma exigência maior e que aconteceram de forma horizontal. Partindo desse ponto, o relato de Doutor Rosinha seguiu reconhecendo esse fator, ao falar que “um movimento fundamental para a aprovação das leis foi o movimento antimanicomial”<sup>444</sup> e ainda, “se não fosse com o apoio de movimento social não se aprova lei”.<sup>445</sup>

Um dos pontos mais instigantes das afirmações citadas foi o da construção social da memória. Doutor Rosinha ressaltou o trabalho feito em um grupo (PT), com relação direta a outros grupos do movimento antimanicomial, dessa maneira, ocorreu um trabalho em conjunto. Portanto, havia uma inclinação de criar esquemas coerentes sobre o processo de reforma que destacasse tanto o reclame social quanto político.

Ao alternar formas verbais do “nós” e do “eu”, a fala de Doutor Rosinha partiu da esfera coletiva, que foi o partido como um todo, para e o trabalho desenvolvido por ele, em uma esfera particular. Essa posição marcada do “eu” foi perceptível, quando Doutor Rosinha afirmou “e nós, eu era deputado estadual”<sup>446</sup>, reconstruindo sua subjetividade dentro e a partir

---

<sup>440</sup> Idem.

<sup>441</sup> PORTELLI, Alessandro. *Ensaio de história oral*. São Paulo: Letra e voz, 2010. p. 22.

<sup>442</sup> FIER. 2017. Op. cit., p. 01.

<sup>443</sup> BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 1993. Op. cit.

<sup>444</sup> FIER. 2017. Op. cit., p. 04.

<sup>445</sup> Idem.

<sup>446</sup> Ibidem. p. 01.

do grupo de onde fala, estabelecendo sua capacidade de “ver, interpretar, influir na história”.<sup>447</sup>

Para Portelli “a arte de contar história consiste em combiná-la de maneira criativa em estruturas significativas”<sup>448</sup> ou seja, há alternância em como o sujeito conta sua história e o que reforça sobre ela.

O “eu” reapareceu quando o médico apontou que “o movimento antimanicomial, além de parentes de pacientes, tinha trabalhadores e trabalhadoras do setor de saúde. Eu não sei identificar quais são, mas tinha, porque eu participava deles”.<sup>449</sup>

Doutor Rosinha recebeu o passado mergulhando diretamente nas raízes da história vivida que, mesmo ao não conseguir lembrar exatamente quais eram as demais pessoas que participaram desse movimento, ele se colocou como tendo participado ativamente deste, de uma maneira ou de outra. O “eu” se fez presente no discurso, aparecendo marcado e ressaltado, pois foi a própria constituição de sua história.

Ao ser interrogado sobre sua experiência nos hospitais, Doutor Rosinha relatou que:

É que daí eu fazia mais a luta política e não a luta do cotidiano da terapia das diversas terapias, dos diversos usos da prevenção. Então eu não participava desse debate. Tanto é que cobravam de mim, não é, como é que você quer fazer reforma, o debate da reforma, se você não é um psiquiatra? Médico que muito escreve na testa o CRM e quer ler o nome do conselho, se você não tem, eles procuram te desqualificar. Por isso, inclusive, que eu fui fazer saúde do trabalhador porque debatia sobre o tema e alguns médicos especialistas em saúde do trabalhador me diziam, você não é especialista, daí eu fui fazer especialidade em saúde do trabalhador para acabar com o discurso. Não deu tempo de fazer outra especialidade em psiquiatria. Porque eles acham, muitos deles, não todos, mas muitos acham que por não ter a especialidade você não tem a condição de fazer o debate político dos programas de saúde.<sup>450</sup>

Os atos públicos foram a referência desse trecho da entrevista, talvez com o sentido de demonstrar sua competência em tratar dos assuntos em pauta, mesmo afastado das práticas de atendimento clínico e no que se referia ao dia-a-dia de uma instituição psiquiátrica. Sua experiência fora da especialização em psiquiatria, mesmo com a força política, ainda se tornou um problema em seu discurso. Assim, na entrevista o médico encontrou a

---

<sup>447</sup> PORTELLI. 1996. Op. cit., p. 61.

<sup>448</sup> Idem.

<sup>449</sup> FIER. 2017. Op. cit., p. 05.

<sup>450</sup> Ibidem. p. 06.

oportunidade de encontrar ouvidos atentos<sup>451</sup> à sua história que não diminuíssem sua participação no movimento da reforma, diferente do que foi com seus pares. Afinal, apareceu em sua fala um conflito entre o campo médico na disputa por saberes o que resultou na disputa pela verdade.

Foucault já havia discutido em suas obras que os discursos de verdade são resultantes das relações de poderes, que ditam o que pode ser considerado como verdadeiro ou como falso, o que pode ser dito e o que não pode, quem pode dizer e quem não deve se manifestar. Nisto, foi traçada uma disputa por saber, por poder e pela verdade apresentada na fala do Doutor Rosinha, em que falar sobre discurso médico psiquiátrico ou sobre Reforma Psiquiátrica era domínio apenas da psiquiatria. Para Foucault:

Por mais que o discurso seja aparentemente bem pouca coisa, as interdições que o atingem revelam logo, rapidamente, sua ligação com o desejo e com o poder. Nisto não há nada de espantoso, visto que o discurso – como a psicanálise nos mostrou – não é simplesmente aquilo que manifesta (ou oculta) o desejo; é, também, aquilo que é o objeto do desejo; e visto que – isto a história não cessa de nos ensinar – o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo porque, pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar.<sup>452</sup>

A luta pela Reforma Psiquiátrica foi alternando-se na fala de Doutor Rosinha, entre suas experiências como médico e ativista, como indicou a citação anterior, mas, também, caminhou como sendo uma iniciativa política do PT, pois, afirmou que “o partido (inaudível) em uma reunião em Brasília era só gente do PT, o PT como partido apoiava a reforma”.<sup>453</sup> Portanto, isto representou uma relação complexa de construção de uma subjetividade individual e de pertencimento a diferentes grupos, o que ressignificou suas memórias, “como relação de troca entre pessoas, em condições históricas determinadas”.<sup>454</sup> E, ainda, mostrou o afastamento de outros partidos políticos, resguardando o lugar do PT no embate antimanicomial.

Parte da entrevista foi direcionada a conhecer o processo de configuração da lei paranaense de Reforma Psiquiátrica e Doutor Rosinha foi indagado sobre o que justificava, em sua opinião, a criação da lei. Na fala do político, ressaltamos alguns enunciados que deram

---

<sup>451</sup> Segundo Portelli “é a abertura do historiador para a escuta e para o diálogo, e o respeito, que estabelece uma aceitação mútua baseada na diferença, e que abre o espaço narrativo para o entrevistador entrar.” PORTELLI. 2016. Op. cit., p. 15.

<sup>452</sup> FOUCAULT. 2013b. Op. cit., p. 09-10.

<sup>453</sup> FIER. 2017. Op. cit., p. 04.

<sup>454</sup> KHOURY, Yara Aun. Apresentação. In: PORTELLI. 2010. Op. cit., p. 7-18. p. 09.

o tom central do seu discurso, foram eles: a institucionalização como uma constante dos hospitais psiquiátricos; a busca pela cidadania dos usuários; o preconceito que cerca quem é excluído da sociedade; a relação de poder entre médico e paciente, ou seja, quem detém o saber e a verdade e quem não tem e a conflituosa relação familiar dos usuários:

O hospital, eles nunca gostaram que chamassem de manicômio, apesar de na época eles já não gostavam, mas o hospital ele se tornava um local onde as pessoas internadas geralmente não saíam mais, eles se tornavam, eles eram institucionalizados, então a gente usava o discurso contra a institucionalização das pessoas. E, das pessoas, porque eles não eram considerados cidadãos e nem cidadãs quem estava lá dentro, não tinha esse respeito. E há, na área médica, em todas as especialidades, há um grande desconhecimento do povo sobre enfermidades e patologias, de uma maneira geral. Então, o cidadão, cidadã na frente de um médico aceita o que o médico falar, como a verdade absoluta, e às vezes ele não tem a possibilidade de ouvir outras opiniões, é só aquela opinião. E no caso então de saúde mental tem o preconceito, o desconhecimento, tem a vergonha de ter alguém na família, tem o tabu de falar, e tudo isso se soma. Então os hospitais, manicômios, como queira, ele disser que tem que ficar internado um ano, ficará internado um ano e a família não vai se opor a isso. (...) Então, era necessária uma reforma até pra acabar com esse tipo de prática porque o indesejado dentro da família ou na sociedade é o louco, a louca que deveria ser excluído. Então a reforma tinha que fazer muito esse tipo de enfrentamento. No início do... no final do século XIX e início do século XX eram chamados de os degenerados.<sup>455</sup>

Sua fala ressaltou as principais reivindicações da luta antimanicomial, ou seja, incorporou elementos do discurso construído e controlado,<sup>456</sup> presente na memória da loucura, como a ideia de degenerados. De outro lado, quando o médico falou que “há, na área médica, em todas as especialidades, há um grande desconhecimento do povo sobre enfermidades e patologias, de uma maneira geral”<sup>457</sup>, sua experiência médica foi destacada e colocada em evidência.

Outro ponto importante desse trecho da entrevista foi como a família obedece ao médico e se livra do “indesejado”, o que é um resquício de como a responsabilidade e tutela do sujeito considerado “louco” era relegado aos hospitais psiquiátricos. Para Colvero et al, esse modelo se baseava na internação e na medicalização,<sup>458</sup> cabendo a esses locais de prática médica assumir a centralidade do tratamento e cuidado com a loucura:

<sup>455</sup> FIER. 2017. Op. Cit., p. 02.

<sup>456</sup> VOLDMAN. 2006a. Op. cit., p. 39.

<sup>457</sup> FIER, 2017. Op. cit., p. 02.

<sup>458</sup> COLVERO, Luciana de Almeida. IDE, Cilene Aparecida Costardi. ROLIM, Marli Alves. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2004; 38(2):197-205. p. 198. p. 198.

Nesta perspectiva, identificamos que estes familiares possuem um saber, saber este constituído na relação com o doente mental e com os profissionais, que atravessa todas as suas queixas e pedidos de ajuda. Este saber, constituído no senso comum, consiste em uma operação que dá um sentido às metáforas e imagens que lhes são oferecidas pela história social de seu tempo sobre o processo saúde-doença mental e convívio familiar, e por conseguinte, precisa ser identificado.<sup>459</sup>

Já a experiência médica pode ser analisada na seguinte explanação:

É aquilo que te falei, isso em qualquer área de especialidade médica, é, às pessoas, o paciente, considerado paciente, não sabe nada, na saúde mental é muito pior. Então quem vai designar que ele vai ser um usuário é um médico, através da história da pessoa e de um exame físico clínico, psicológico, que às vezes não é indicativo. É o médico que vai dizer, ah você é daqui em diante passará a ser um usuário do sistema de saúde mental do país. É complicado isso.<sup>460</sup>

Foram dois pontos significativos dessa fala. O primeiro refere-se sobre a relação entre médico e paciente, em que Foucault, atentou para a força do poder da medicina ao ditar o que é considerado ou não dentro dos parâmetros normais aceitos em sociedade.<sup>461</sup>

O diagnóstico psiquiátrico, segundo Sandra Caponi, se estabelece, atualmente, através do Manual de Psiquiatria ou Manual de Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM)<sup>462</sup>, a bíblia médica psiquiátrica, que leva em consideração uma série de patologias definidas pelo: histórico familiar, história pessoal, anterior à doença, a anamnese da doença e o estado atual do paciente na hora do diagnóstico.<sup>463</sup> Doutor Rosinha ressaltou tal questão ao questionar o

---

<sup>459</sup> Ibidem. p. 199.

<sup>460</sup> FIER. 2017. Op. cit., p. 9-10.

<sup>461</sup> FOUCAULT. 2010. Op. cit.

<sup>462</sup> Em inglês: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, é um manual publicado pela Associação Americana de Psiquiatria, e enumera os critérios para o diagnóstico de várias doenças psiquiátricas. Sua primeira publicação foi em 1952, pós Segunda Guerra Mundial, como resultado das avaliações e dos tratamentos militares desenvolvidos com vítimas da guerra. Em 1968 é publicado o DSM II, mas o impulso se dá com o DSM III, que traz os problemas tidos como desordens desde a infância até a velhice. Todo esse processo de criação de patologias é analisado por Peter Conrad como sendo parte de uma rede complexa que envolve o médico (seja ele de qual especialidade for, mas, em todo caso, o papel da psiquiatria), da indústria farmacêutica e do DSM. Observa-se, a partir dessa trama, promoções, eventos médicos e propagandas em jornais profissionais que mostram as novidades da indústria farmacêutica, junto com as novas demandas patológicas que se atualizam corriqueiramente. O DSM atualmente encontra-se na sua quinta edição. Ver em: CONRAD, Peter. **The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders**. Baltimore The Johns Hopkins University Press 2007.

<sup>463</sup> CAPONI. 2012. Op. cit., p. 154

ato médico baseado na “história da pessoa e de um exame físico clínico, psicológico, que às vezes não é indicativo”.<sup>464</sup>

A preocupação com o controle sobre os transtornos mentais move as ações de prevenção em saúde mental. Sendo a prevenção um dos principais enunciados em meio à reforma, foi perguntado ao Doutor Rosinha sua opinião sobre o que seria essa prática:

O que você chama de prevenção a saúde mental, se chama de prevenção, é feito um diagnóstico e não agravar o diagnóstico que você fez, não agravar a situação da pessoa, prevenindo que se agrave, que aumente os riscos da pessoa, os riscos principalmente da vida dele. Porque a outra ideia que tem é que toda pessoa que tem sofrimento mental é agressiva, violenta. É uma ideia que não é verdadeira.<sup>465</sup>

A ideia de prevenção pode ser compreendida sobre dois aspectos. O primeiro através do modelo clássico,<sup>466</sup> que retira a centralidade do sujeito e foca na doença, ao passo em que diz à população o que se considera ou não enfermidade. Nesse caso, a medicina aparece como portadora do conhecimento. Já o segundo aspecto da ideia de prevenção, compreensível na fala de Doutor Rosinha, foi o da prevenção no sentido de buscar o diagnóstico mais cedo possível para que haja uma intervenção sobre a doença de uma maneira mais correta, além de discutir essas questões junto à comunidade para evitar a noção de perigo social ou de violência, como afirmou o entrevistado.<sup>467</sup>

Porém, essa ideia não escapa à classificação de sintomas que recai sobre o projeto moderno de medicalização da vida humana, pelas próprias limitações ainda encontradas sobre a reforma. Na própria noção de Doutor Rosinha:

[...] É, não tem como você, em muitos casos, não fazer uso de medicamentos, tem que usar o medicamento. Tem gente que acha que, não vocês são contra os manicômios porque usam medicamentos. Não, o

<sup>464</sup> FIER. 2017. Op. cit., p. 09.

<sup>465</sup> FIER. 2017. Op. cit., p. 07.

<sup>466</sup> É a ideia base de biopoder, que instala a ideia de prevenção e aciona ferramentas de análise que, nesse caso, é a ideia de poder sobre os sujeitos enquanto produtor de conhecimento, nesse caso, um conhecimento médico e científico que exclui, rotula, marginaliza a loucura, criando todo o discurso negativo em torno da saúde mental que a reforma vem tentando desmistificar.

<sup>467</sup> “Nesse sistema, os dispositivos assistenciais não se organizam verticalmente, mas em redes horizontais; dispõem-se sem a rigidez dos protocolos, mas com a criação permanente de formas de acolhida sintonizadas com a diversidade da apresentação da demanda; substitui os critérios de exclusão por programas de inclusão; convoca os usuários e trabalhadores de saúde mental a protagonizarem, de acordo com as especificidades dos diferentes saberes, projetos terapêuticos e de reinserção coletivos; capilarizam-se no território menos para detectar sintomas mentais do que para ativar os recursos não-protocolares de superação dos dilemas e impasses vivenciais”. BARRETO, Jubel. Melhor prevenir para mais remediar: a prevenção em saúde mental. **Revista APS**, v.8, n.2, p. 1-13, jul./dez. 2005. p. 11.

medicamento é necessário. Cada pessoa é uma pessoa, e o remédio também é necessário em muitos deles a análise psicológica, tratar com psicólogo, não só terapia medicamentosa, mas outro tipo de terapia.<sup>468</sup>

Assim, voltamos à ideia do prevenir para controlar, em que há, de um lado, a promoção à saúde e, de outro, os discursos sobre doenças mentais que não escapam à medicalização. Mesmo que a reforma aponte outras saídas de terapia, prevalece a via medicamentosa como a principal e o saber psiquiátrico racionalizado que assujeita o indivíduo a partir da doença.

O indivíduo é subjetivado quando, na prevenção, o que importa é a saúde mas, para isso, reforçam-se as inúmeras patologias descritas nos manuais de diagnóstico, criando assim, esquemas de análise e de exame para que se identifiquem doenças. Portanto, o tratamento pela via medicamentosa não pode ser analisado isoladamente só com a questão psiquiátrica. Houve um aumento significativo, no século passado, do uso de medicamentos nesse campo, principalmente da psiquiatria biológica mas, outros pontos da vida cotidiana seguem sendo medicalizados.

O outro tópico a ser destacado ainda nessa problematização foi a própria constituição da subjetividade de Doutor Rosinha em sua narrativa. Percebemos que, em meio a sua fala sobre a necessidade de um “paciente” acatar as decisões médicas confiando nesse saber, ocorreu uma autocrítica quando afirmou que: “(...) é aquilo que te falei, isso em qualquer área de especialidade médica, são, as pessoas, o paciente, considerado paciente, não sabe nada, na saúde mental é muito pior”.<sup>469</sup>

Seu discurso, ao mesmo tempo que fez uma autocrítica da medicina, o colocou como observador dessa prática médica psiquiátrica, que, para ele “é muito pior”.<sup>470</sup> Houve um afastamento da sua posição enquanto médico e do seu lugar de pertença nesse campo. Percebemos aqui a alteridade como forma de diferenciação e de parâmetro de análise e os modos de estar em interação. Se, anteriormente, existia uma reivindicação pelo reconhecimento de seus pares por fazer parte do campo médico, agora, apareceu o afastamento quando não havia concordância com determinados fatos e procedimentos.

É impossível ao pesquisador separar o que foi vivenciado e o que não foi pelo sujeito que conta a história. Conforme Portelli “é o complexo horizonte das possibilidades que constrói o âmbito de uma subjetividade socialmente compartilhada”.<sup>471</sup> Ou seja, é a relação

---

<sup>468</sup> FIER. 2017. Op. cit., p. 07.

<sup>469</sup> Ibidem. p. 08.

<sup>470</sup> Idem.

<sup>471</sup> PORTELLI 1996. Op. cit., p. 65.

entre experiência pessoal e coletiva, novamente. Para Foucault, essa subjetividade é criada pelos dispositivos de poder e saber diversos e, assim:

Seria interessante tentar ver como se dá, através da história, a constituição de um sujeito que não é dado definitivamente, que não é aquilo a partir do que a verdade se dá na história, mas de um sujeito que se constitui no interior mesmo da história, e que a cada instante é fundado e refundado pela história.<sup>472</sup>

Novamente, quando escutamos Doutor Rosinha destacar que o usuário, muitas vezes, não sabe sobre a sua condição enquanto “paciente”, pois essa pessoa já se encontra assujeitada pelas práticas médicas que delinearão seu corpo e apresentaram um diagnóstico, não há como discordar de Foucault que o corpo se tornou uma realidade biopolítica e esta, por sua vez, têm como função primordial antecipar os riscos.<sup>473</sup>

Ressaltamos que devido a entrevista que fizemos ter sido direcionada à compreender o movimento de Reforma Psiquiátrica no Paraná e o lugar do HCAB nele, isso fez com que a subjetividade do entrevistado também pudesse ser definida, conforme Schmidt, “na e por meio da entrevista”<sup>474</sup> o que nos ajudou a estruturar o discurso e selecionar os enunciados específicos, como os ressaltados acima.

Tivemos um fator primordial da memória que foram as idas e vindas ao passado e ao presente no ato de contar a história.<sup>475</sup> Na fala de Doutor Rosinha, esse ato foi constante ao falar sobre o processo todo da reforma:

[...] Tanto é que o Lula, quando presidente, dentre as possibilidades que tinha, criou o De Volta para Casa, e buscou... criou os ambulatórios de rua, esse tipo de coisa, buscando solução para isso. O partido não é problema nessa área, basta ver o Haddad em São Paulo e como ele procurou a inclusão social dos chamados loucos e dos usuários de droga no sentido de recuperar, recuperá-los com a vida, que hoje praticamente são jogados a morte civil pelo menos. Não física, mas civil, são colocados.<sup>476</sup>

Assim, a história foi contada em ciclos que se apoiaram no presente e também justificaram as ações do partido como um todo, pois, ao trazer exemplos mais recentes, o passado foi colocado em reconciliação com o próprio tempo em que o médico fez o seu

<sup>472</sup> FOUCAULT, Michel. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: PUC-RJ/NAU, 2008. p. 10-11.

<sup>473</sup> FOUCAULT. 2014d. Op. cit., p. 144.

<sup>474</sup> SCHMIDT, Benito Bisso. Do que falamos quando empregamos o termo “subjetividade” na prática de história oral? In: LAVERDI... [et al]. 2012. Op. cit., 83-95. p. 90.

<sup>475</sup> KHOURY, Yara Aun. Apresentação. In: PORTELLI. 2010. Op. cit., p. 7-18. p. 10.

<sup>476</sup> FIER. 2017. Op. cit., p. 04.

discurso. E, não apenas isso, sua fala também remeteu a toda uma luta permanente da reforma que se estende até os dias atuais, representando as limitações, ainda constantes, do processo de ressocialização dos sujeitos considerados loucos.

Quando, perguntado sobre o presente, por sua vez, o médico apontou as limitações que a reforma encontra, juntamente, com as resistências do capital, ou seja, de todos que lucram com as instituições psiquiátricas:

[...] A gente tem que entender que a disputa sempre é pelo lucro, é pelo capital. Se a gente não entender a relação deste com o capital a gente não consegue entender quase nada na vida. Por que os manicômios existiam? Porque eles tinham lucro. Por que os hospitais psiquiátricos resistem a mudança de modelo? Porque tem lucro. Por que resistem a se tornar-se responsabilidade do Estado o atendimento do cidadão e da cidadã que necessita? Porque o setor deixa de ter lucro. O capital nunca vai fazer concessão. E vejo que nos últimos anos que os movimentos sociais retrocederam, se desarticularam.<sup>477</sup>

A fala de Doutor Rosinha caracterizou uma discussão pertinente sobre os hospitais psiquiátricos e o processo de internação por tempo indeterminado com fim lucrativo.<sup>478</sup> Fora isso, apontou a resistência de alguns setores do Estado em reger os princípios básicos sobre a saúde.

A lei estadual criada pelo médico limita as internações compulsórias<sup>479</sup> e, juntamente com a lei federal em 2001<sup>480</sup>, o tempo de internamento dos usuários em instituições psiquiátricas foi reduzido, em muitos casos, há até dois meses.<sup>481</sup> Como já discutido anteriormente, essa política de desinstitucionalização visa romper o grande número de hospitalizações e, ao mesmo tempo, tenta inserir na sociedade os usuários que estão há anos residindo no hospital psiquiátrico.

Porém, Doutor Rosinha ressaltou a falta de informação da população quanto às novas diretrizes da saúde mental, afirmando que “(...) lei só é colocada em prática se tem um

---

<sup>477</sup> Ibidem. p. 09.

<sup>478</sup> Para Fonte, por muito tempo “(...) o sistema e a mentalidade vigentes estavam organizados em torno da internação (e da internação prolongada), as empresas hospitalares auferiam benefícios significativos com as internações (sua única fonte de lucro), com total falta de controle pelo estado, observando-se um verdadeiro empuxo a internação, razão pela qual este sistema veio a ser chamado de “indústria da loucura”. FONTE. 2012. Op. cit.

<sup>479</sup> BRASIL. 2004a. Op. cit., p. 53.

<sup>480</sup> BRASIL. 2004a. Op. cit., p. 17.

<sup>481</sup> GUIMARÃES, Andréa Noeremberg. **A prática em saúde mental do modelo manicomial ao psicossocial: história contada por profissionais de enfermagem.** Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de Concentração em Prática Profissional de Enfermagem Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2011. p. 107.

mecanismo de você punir e essa lei disciplina alguma coisa, mas não disciplina a punição pra quem não cumpre. Então, por ela não ter a punição ninguém a cumpre”.<sup>482</sup>

Seguindo essa linha de raciocínio, a fala continuou ressaltando a necessidade de uma organização na sociedade para com o governo, de forma geral:

[...] Está aí o governo federal o que está fazendo, isso é para todas as áreas, é na economia, é na área social, na saúde, na educação, então é um momento agora de disputa de rumos. E essa disputa de rumos a sociedade tem que se organizar para fazer isso, se não nós vamos perder muito, não é.<sup>483</sup>

Nesse momento, a fala se transformou, pois houve um direcionamento para as obrigações do Estado. Dessa maneira, doutor Rosinha chamou a atenção da sociedade e dos grupos dirigentes, a fim de organizar os movimentos sociais que, “retrocederam, se desarticularam”,<sup>484</sup> para que agora, o “nós”, a sociedade, não fosse prejudicada.

Quanto a isso, uma das críticas levantadas pelo médico foi sobre as Comunidades Terapêuticas (CT):

[...] Eu acho hoje pouco avanço e algum retrocesso. São as chamadas comunidades terapêuticas, é um retrocesso. Aquilo é um retrocesso quase na época dos manicômios, porque a gente sabe que algumas dessas comunidades detêm as pessoas lá dentro. E muitas delas, eu peguei e li, eu não visitei nenhuma, mas eu li o relatório feito pelo Conselho Federal de Psicologia, onde demonstrava as barbaridades e participei de algumas audiências públicas na câmara dos deputados sobre o tema. Permitir, infelizmente, no governo do PT, permitir comunidades terapêuticas para atender a população... comprometida mentalmente, eu acho um retrocesso.<sup>485</sup>

No Brasil, as Comunidades Terapêuticas surgiram a partir de 1970 e tiveram sua expansão na década de 1990.<sup>486</sup> As CTs são comunidades estabelecidas em um determinado espaço físico, contendo todos os elementos que existem na sociedade. Ou seja, é uma micro sociedade dentro da sociedade. Já a maioria das Residências Terapêuticas é localizada no

---

<sup>482</sup> FIER. 2017. Op. cit., p. 04.

<sup>483</sup> Ibidem. p. 09.

<sup>484</sup> Idem.

<sup>485</sup> Ibidem. p. 08.

<sup>486</sup> Para Bolonheis-Ramos e Boarini, a ideia de Comunidade Terapêutica é verificada ao longo da história através de duas modalidades: uma voltada ao tratamento e “guarda” de pacientes psiquiátricos e, a outra, destinada ao tratamento de usuários de álcool e drogas. No Brasil, o modelo instaurado foi voltado aos usuários de álcool e drogas. BOLONHEIS-RAMOS, Renata Cristina Marques; BOARINI, Maria Lucia. Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.22, n.4, out.-dez. 2015, p.1231-1248. p. 1235.

espaço urbano,<sup>487</sup> salvo exceções como as residências Padre Ceconello do HCAB, problematizadas anteriormente.

A exposição de Doutor Rosinha quanto à negação ao incentivo das Comunidades Terapêuticas se confundiu com o Serviço Residencial Terapêutico, generalizando os dois projetos. No geral, o médico colocou a problematização dos riscos de isolamento. Quando Doutor Rosinha afirmou que as CTs “detêm as pessoas”, foi para se questionar se apenas o deslocamento para fora dos hospitais respondia ao projeto de desinstitucionalização e ressocialização.

Sabemos que nossa sociedade é excludente e rechaça qualquer diferença, rotulando e classificando, porém, tem como discurso a inclusão. Esse discurso coloca a vida incluída dentro da política, das leis e do direito, ou ainda, em redes de saberes e de poderes que deverão ser a base no trato para com ela. Pensando nisso, Doutor Rosinha atentou aos processos de psiquiatrização que a reforma precisa ainda repensar. Para Pinto e Ferreira:

O controle, a vigilância, a própria exclusão, tudo contribui para a inscrição do louco numa espécie de no man’s land social, na medida em que há pouca disponibilidade em nossas formas de vida coletiva para acolher sua experiência. É inegável que a reabilitação psicossocial traga transformações, mas é importante levantar problemas para que este dispositivo não seja um mero encarceramento do lado de fora dos muros do antigo asilo, passando-se de um enclausuramento a um “exclausuramento”.<sup>488</sup>

Não temos como afirmar sobre a realidade dentro das residências terapêuticas criadas para os usuários do HCAB, por exemplo, mas é necessário pensar até que ponto a cidadania, tão falada nas leis e diretrizes, consegue realmente se fazer valer no nosso tipo de sociedade. Para isso, há a necessidade de reavaliar a dimensão cultural e social da loucura que o debate jurídico não conseguiu atingir.

Afinal, se para existir indivíduo é necessário a sociedade e vice-versa, o debate sobre a reforma requer um esforço ainda maior de pensamento, devido ao fato de que:

As dificuldades que temos de enfrentar, em qualquer reflexão sobre a relação entre indivíduo e sociedade, provêm – na medida em que se originam na *ratio* – de hábitos mentais específicos que hoje se acham demasiadamente arraigados na consciência de cada um de nós. Falando em termos gerais, parece extraordinariamente difícil para a maioria das pessoas, no atual

<sup>487</sup> BRASIL. 2004b. Op. cit., p. 06.

<sup>488</sup> PINTO, Alessandra Teixeira Marques. FERREIRA, Arthur Arruda Leal. Problematizando a reforma psiquiátrica brasileira: a genealogia da reabilitação psicossocial. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 27-34, jan./mar. 2010. p. 33.

estágio do pensamento, conceber que as relações possam ter estrutura e regularidade próprias.<sup>489</sup>

Para Elias, os hábitos mentais em nossa sociedade criam valores e comportamentos que se remetem tanto a nós mesmos quanto ao outro e à própria sociedade. Conforme o autor “parece-nos evidente que a única maneira frutífera de compreender unidades compostas consiste em dissecá-las”.<sup>490</sup> Assim, é necessário compreender a sociedade para que se possa compreender os indivíduos.

Por sua vez, Doutor Rosinha expôs a necessidade da intersectorialidade quanto às práticas na saúde mental, o que nas palavras de Amarante, corresponde a “estratégias que perpassam todos os setores sociais, tanto no campo da saúde mental e saúde em geral, quanto das políticas públicas e da sociedade como um todo”.<sup>491</sup> Novamente, precisa-se de uma organização de toda a sociedade, mas primeiro é necessário entendê-la.

A loucura já foi caracterizada de diferentes formas, é certo que ainda é tomada por estigmas, entretanto, há um alto grau de maleabilidade e de adaptabilidade, seja do corpo social como um todo ou se tomarmos os usuários da rede de saúde mental isoladamente.

Portanto, o discurso do médico perpassou todo o movimento da reforma, apontando as limitações desta e que é necessário não perder de vista a importância fundamental das relações entre as pessoas para o indivíduo que está em seu meio.<sup>492</sup> Porém, mesmo com as críticas, a entrevista ainda foi marcada, de certa maneira, pela experiência política, de esquerda e por uma responsabilidade cívica.

Nos parece que, para ele, discursar sobre o seu feito acerca da lei da reforma, das ações do partido foi, acima de tudo, colocar em evidência seu engajamento político. A fala acabou sendo mais uma voz política do que sobre a Reforma Psiquiátrica em si. Foi o movimento interno de relações, de intercâmbios políticos que se tornou mais expressivo.

Sobre a Reforma Psiquiátrica, ao ressaltar as suas limitações, Doutor Rosinha construiu seu discurso fazendo um parâmetro com os dias atuais, reforçando que esse é, sem dúvida, um processo inacabado, tomado por estigmas e que toda a rede precisa de aperfeiçoamentos, pois o médico se perguntou na entrevista “qual é a formação da área de saúde mental?”<sup>493</sup> E concluiu que muitos agentes da saúde não têm formação adequada principalmente no que se

---

<sup>489</sup> ELIAS, Norbert. **A sociedade dos indivíduos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1994. p. 23.

<sup>490</sup> ELIAS. 1994. Op. cit., p. 23.

<sup>491</sup> AMARANTE. 2007. Op. cit., p. 86.

<sup>492</sup> Ibidem. p. 29.

<sup>493</sup> FIER. 2017. Op. cit., p. 09.

refere ao atendimento à saúde mental. Para Doutor Rosinha, “se contratou alguém que não tem formação é obrigado a dar, então fica entre a gestão e a cobrança do que deveriam fazer”?<sup>494</sup>

Quanto a essa crítica, Guimarães apontou, em sua dissertação, um problema na formação dos agentes de saúde que diz respeito às dificuldades para realizar o cuidado à pessoa que busca atendimento clínico. Tomemos o exemplo do campo da enfermagem, analisado pela autora em sua pesquisa, que demonstrou que “nos cursos de graduação, técnico ou auxiliar de enfermagem, as necessidades de cuidados aos pacientes com transtorno mental em ambiente de emergências clínicas não foram contempladas”.<sup>495</sup> Dessa maneira, um dos reclames da Reforma Psiquiátrica é a atualização e capacitação de profissionais voltados à saúde mental, visto que o atendimento psicossocial atua em rede e com multiprofissionais.

Assim, a entrevista foi encerrada com essa crítica final que se estende a toda a rede de saúde mental, pois, mesmo com os avanços, ainda há muito o que ser feito, desafiando a equipe de saúde, os gestores, o modo de funcionamento dos serviços e a sociedade, de um modo geral. Também foi possível perceber, a partir do discurso de Doutor Rosinha, a existência de resistências e de desafios nessa transição de modelos do atendimento psiquiátrico. Enfim, a entrevista mostrou mais como a política de Estado ajudou na efetivação da lei sobre a reforma, lançando um olhar mais amplo sobre a saúde pública como um todo.

Nesse sentido, nos pareceu necessário conhecer outras vozes, agora de dentro da instituição, que vivenciaram o HCAB, para que, então, um olhar fosse lançado com maior clareza sobre todo o processo que engloba a saúde mental nessa rede de interconexões entre Estado e sociedade. Pensar em memórias no plural foi de extrema importância, assim, as entrevistas a seguir foram problematizadas a partir da perspectiva de Portelli, significando que se houvesse realmente uma memória coletiva, bastaria apenas uma pessoa discursando sobre ela que estaria falando por todos os demais.<sup>496</sup>

Mas, as dissidências dão corpo à complexidade do processo e contrapor as memórias desses diferentes grupos contribuiu para que pudéssemos mostrar as diferentes interpretações sobre a Reforma Psiquiátrica.

---

<sup>494</sup> Idem.

<sup>495</sup> GUIMARÃES. 2011, Op. cit., p. 125.

<sup>496</sup> PORTELLI, Alessandro. O massacre de Civitella Val di Chiana (Toscana, 29 de junho de 1944): mito e política, luto e senso comum. In: FERREIRA, AMADO (orgs.). 2006. Op. cit.

### 3.2 “É que antes disso, antes disso era... o... Aداuto Botelho era tido como um depósito de louco!”<sup>497</sup>

“Isso era o Aداuto Botelho”<sup>498</sup> disse uma das entrevistadas sobre o HCAB, ao relembrar sobre os primeiros anos de trabalho na instituição na década de 1970.

As entrevistas analisadas nesse subcapítulo foram de funcionários do HCAB que começaram o trabalho na instituição entre 1970 e 1980. A entrevista com as funcionárias aposentadas do hospital, coordenada por Yonissa Marmitt Wadi, foi realizada em 2009. Já as entrevistas com Odair do Rocio e Regina Cardoso foram realizadas por mim, em março de 2017, especialmente para esta dissertação.

Os colaboradores traçaram suas trajetórias de atuação profissional junto à instituição, a partir das perguntas colocadas pelas entrevistadoras discorrendo, em um primeiro momento, sobre como ingressaram na área de saúde mental, sua qualificação e a realidade hospitalar. Os entrevistados descreveram sua trajetória utilizando táticas de apresentação pessoal, construindo, na entrevista, gradativamente sua subjetividade entre o que foi o seu trabalho de trinta/quarenta anos dentro da instituição e a experiência pessoal para além da estrutura hospitalar. Assim, como bem apontou Portelli, devemos atentar que a memória é “um processo múltiplo de produção gradual de significados, influenciado pelo desenvolvimento do sujeito, pelo interlocutor, pelas condições do ambiente”.<sup>499</sup>

As falas foram tomadas por memórias que perpassaram as perspectivas históricas da loucura, enquanto o hospital ainda era entendido como lugar de tutela e custódia, chegando nas transformações ocorridas a partir do movimento de luta antimanicomial e às novas problematizações em torno da loucura. Neste sentido, conforme Passerini é “importante considerar que é indispensável separar o presente do atual e do imediato para que a relação presente/vivido se torne verdadeiramente significativa”.<sup>500</sup>

Ou seja, o que foi exposto acima expressa os descompassos existentes no presente da entrevista, na escolha do que foi dito e do que não foi, frente ao presente vivido pelas pessoas no momento em que o passado estava sendo lembrado. Essas escolhas do que dizer na entrevista ou não dizer compõe os interstícios dos discursos e, assim, é necessário atentar que

<sup>497</sup> Vera L. Ledra in LEDRA, Vera L.; MARCHAUKOWSKI, Eva T. S.; SCHMOELZ, Isolda LEDRA. 2009. Op. cit., p. 07.

<sup>498</sup> Isolda Shmoelz in LEDRA, Vera L.; MARCHAUKOWSKI, Eva T. S.; SCHMOELZ, Isolda. 2009. Op. cit., p. 02. p. 10.

<sup>499</sup> PORTELLI. 2010, Op. cit., p. 72.

<sup>500</sup> PASSERINI, Luisa. A “lacuna” do presente. In: FERREIRA, Marieta M.; AMADO, Janaina (Org.). 2006. Op. cit., p. 213.

essas pessoas ficaram sensíveis à dimensão da presença do outro e aos modos de dizer e contar a sua experiência.<sup>501</sup>

As entrevistas feitas em 2017 com Odair e Regina seguiram o modelo de perguntas estruturadas voltadas às experiências deles no hospital, formação, dia-a-dia, concepção de saúde mental dentro da rede psicossocial e o advento da Reforma Psiquiátrica. Já a entrevista feita em 2009, coordenada por Yonissa Marmitt Wadi foi pautada nos primeiros anos das funcionárias na instituição, a partir de 1970, sem adentrar no período da Reforma Psiquiátrica.

De início, foi solicitado que os entrevistados se apresentassem:

Odair: Eu comecei a trabalhar no hospital no dia 12 do dois de 81. Eu entrei aqui após ter saído de uma firma de móveis, né? Fiquei numa ali três meses, fiquei trinta dias parado e comecei a fazer currículo e daí apareceu três trabalhos pra mim. Um trabalho (inaudível) e num mercado e daí eu... teve uma prova aqui, no hospital aqui. Como meu pai trabalhou muito tempo aqui, no hospital aqui eu conversei com meu pai e decidi ir pra enfermagem e fiz a prova, passei... Nós entramos em quarenta pessoas sendo que na primeira semana vinte não apareceu mais. Era um número muito alto de pacientes, a gente tinha mais de mil pacientes aqui dentro, né? E pra quem não conhece sessão psiquiatra assusta um pouco, né? E eu fui ficando, né? Entrei trabalhando no Pavilhão Aluízio França, o PAF, que é menores e deficientes, né? E fiquei um tempo lá, depois vim... fiquei uns cinco anos lá e depois vim pra frente aqui, comecei a trabalhar com adolescente masculino. Unidade de usuário de droga, bem difícil, né? Fiquei uns quatro anos ali e daí comecei a trabalhar com o psicótico masculino, que era sempre masculino, né? E desde lá eu tô aí, né. Continuo nessa unidade... [pausa] O que foi bom, o que eu percebi, né... é... uma coisa que eu percebi é que eu gostei de psiquiatria, era o trabalho que veio (inaudível). Hoje nós estamos em duas pessoas dessa época. Eu e mais e o Juarez que tem o mesmo tempo de serviço... Então foi ficando, foi ficando, tá bem. Hoje eu tô com trinta e seis anos ali dentro. E tamo aí, né? Vai sair a aposentadoria ano que vem.<sup>502</sup>

A segunda entrevistada, Regina Maria do Rocio, também se apresentou da mesma forma:

Regina: Eu entrei com 23 anos. Eu entrei aqui sem informação nenhuma, sem conhecimento da ala hospitalar, né? Eu queria muito trabalhar aqui, pois meu pai trabalhou aqui, na construção, meu pai e meus tios e eu vinha daqui próximo desde a minha infância trazer marmitta até a metade do caminho para o meu pai. Então eu conheci todos os moradores daqui, né? Fazia parte da comunidade, do hospital. Ia pra catequese com as meninas moradoras daqui, então convivi com os moradores daqui... Vinha fazer meu cabelo, porque aqui tinha salão, né? Tudo... Mas, queria muito trabalhar aqui, mas

<sup>501</sup> Idem. p. 215.

<sup>502</sup> ROCIO, Odair do. **Odair do Rocio**: Entrevista [22/03/2017]. Entrevistadora: Jakeline Santos Carvalho. Pinhais-PR, 2017. p. 01.

meu pai não queria. Daí o Helio (inaudível) que era assistente social pediu para que eu viesse trabalhar aqui, na área de enfermagem. Mas eu não tinha curso, não tinha nada. Tinha 23 anos só. Daí eu vim pra auxiliar ele na parte de assistente social, né? Daí eu vim, mas me infiltrei na enfermagem. Comecei, na época tinha curso de atendente em enfermagem, né? Comecei a fazer o curso de atendente de enfermagem no SENAC, fui fazendo e já fui trabalhando com o pessoal aqui na enfermagem.<sup>503</sup>

A fala dos dois funcionários refletiu a inexperiência com a enfermagem, mas que acabou acontecendo devido ao contato, de uma forma ou de outra, com a instituição e com a comunidade em torno dela. No primeiro caso, foi perceptível o estranhamento com a psiquiatria quando Odair ressaltou que “e pra quem não conhece sessão psiquiatra assusta um pouco, né?”<sup>504</sup>. Quando Odair afirmou que “foi ficando na instituição” enquanto outros desistiram na mesma semana que foram admitidos, mostrou que o fato do seu pai ter trabalhado na instituição diminuiu a sua noção de estranhamento sobre a área psiquiátrica.

No segundo caso, o de Regina, o trabalho na instituição ocorreu por iniciativa própria devido ao contato direto obtido desde criança, por ser filha de alguém que trabalhou na construção do hospital e por morar nas redondezas deste, o que denota como os moradores que viviam próximos ao HCAB foram influenciados pela sua existência e, também, como a instituição se tornou o núcleo central de referência daquela região. Nesse sentido, vemos Regina determinada a trabalhar no hospital e, seu pai, contra a ideia de Regina trabalhar em um hospital psiquiátrico, o que nos mostrou o estranhamento e estigma sobre a loucura.

As demais funcionárias da instituição entrevistadas, também mantiveram o mesmo padrão em suas apresentações:

Eva: Eu sou Eva Teresa dos Santos Marchaukowski, trabalhei aqui no Adauto de setenta e três até... dois mil e... sete. Dois mil e oito, é, dois mil e oito. Trabalhei trinta e quatro anos na lavanderia, só na lavanderia. Era coordenadora, primeiro era funcionária. Depois eu passei pra coordenadora da lavadeira, sempre me relacionei bem com as pessoas, eu nunca tive problema nenhum com direção, com... com ninguém... Graças a Deus! E eu fui muito feliz durante esses anos que eu trabalhei aqui.<sup>505</sup>

<sup>503</sup> CARDOSO, Regina Maria. **Regina Maria Cardoso**: entrevista [22/03/2017]. Entrevistadora: Jakeline Santos Carvalho. Pinhais-PR, 2017. p. 01.

<sup>504</sup> ROCIO. 2017. Op. cit., p. 01.

<sup>505</sup> Eva T. S. Marchaukowski in: LEDRA, Vera L; MARCHAUKOWSKI, Eva T. S.; SCHMOELZ, Isolda. **Vera L. Ledra, Eva T. S. Marchaukowski, Isolda Schmoelz**: depoimento ao projeto “Assistência psiquiátrica no Estado do Paraná: Mapeamento e análise histórica das instituições, da legislação e das principais políticas públicas” [25/09/2009]. Entrevistadores: Yonissa M. Wadi; Attiliana de B. Casagrande; Maurício N. Ouyama. Curitiba, 2009. 01 dvd

Isolda: Bom, eu sou Isolda Shmoelz, né, eu vim da cidade mais alemã de Santa Catarina, que é a Pomerode, quando entrei aqui eu... me assustei! Me assustei muito, porque eu não aceitava isso aqui, que eu não conhecia a barbaridade, né? Eu jurei mesmo, cheguei aqui meia... tinha uma capelinha, entrei nessa capelinha e jurei comigo mesmo: - Daqui só saio quando vejo que isso aqui são gente! Porque aqui eles são, não é lugar de gente.

Vera: Eu era... tinha dezessete anos, menor ainda. Aí, fiz o curso, que aquela época eles davam ainda, né, o curso de auxiliar de psiquiatria. E fiz o curso, tinha, tinha só uma vaga que, graças a Deus, eu consegui é... ficar aqui, e... nesses quatro anos de enfermagem, eu... fiz de tudo! Quando faltava gente a noite, a gente ficava a noite, porque era escasso o número de funcionário aqui. Tinha muito pouco funcionário e... era tão interessante que não existia intriga. Os funcionários realmente era que nem os três mosqueteiro – um por todos e todos por um. Nós se revezávamos: uma precisava de ajuda, a outra tava sem fazer nada, nunca tava sem fazer nada! Mas o pouco que dava a gente ia auxiliar. Então, era pra limpar o chão, era pra dar remédio, era pra dar comida, nunca ninguém... quando chegava alguém assim, muito agitada, eles já iam chamando. A chefia de enfermagem também era uma maravilha!<sup>506</sup>

A entrevista com Eva, Isolda e Vera foi realizada de forma multivocal,<sup>507</sup> não isoladamente. Todo o conteúdo da entrevista foi evocado e organizado de forma interativa entre as três funcionárias, em que uma complementou, corrigiu e ampliou a fala da outra.

Nas apresentações, sobressaiu o olhar sobre a primeira percepção que tiveram sobre o hospital, ou seja, a condição dos usuários, dos funcionários, que faziam serviços diversos e a estrutura de forma geral. Houve também o estranhamento sobre a realidade hospitalar, em que a entrevistada Isolda citou que ali “não é lugar de gente”.<sup>508</sup> Dessa maneira, misturou-se, na fala de Isolda, sua percepção pessoal, como na frase “(...) me assustei muito, porque eu não aceitava isso aqui, que eu não conhecia a barbaridade, né?”<sup>509</sup>, e o trabalho coletivo ao falar de sua atividade profissional, ressaltando o trabalho em equipe, o convívio com os demais funcionários.

Quando questionadas sobre a experiência na instituição ressaltaram que:

Vera: Olha... No começo, com o número de paciente que vinha para o hospital era muito difícil, era muita mão de obra e muito paciente, muita higiene, né? Paciente psicótico, né? É... Muito paciente ignorados, sem identificação que o hospital dava já o ignorado e então.. muito paciente... Eu

<sup>506</sup> Vera L. Ledra in LEDRA, Vera L; MARCHAUKOWSKI, Eva T. S.; SCHMOELZ, Isolda LEDRA. 2009. Op. cit., p. 08.

<sup>507</sup> Entrevistas multivocais são “(...) resultado do trabalho comum de uma pluralidade de autores em diálogo.” PORTELLI. 2010. Op. cit., p. 20.

<sup>508</sup> Isolda Shmoelz in LEDRA, Vera L; MARCHAUKOWSKI, Eva T. S.; SCHMOELZ, Isolda. 2009. Op. cit., p. 02.

<sup>509</sup> Ibidem. p. 09.

trabalhava com cento e sessenta pacientes em dois funcionários... É difícil, tanto na parte de higiene quanto na parte de alimentação porque não computava tudo aquilo na unidade, então... Mas, a gente dava conta... Era difícil, mas a gente dava conta. (...) Porque aqui eu aprendi muito e posso dizer que eu ensinei muito também, porque na medida que a gente vai envelhecendo e vendo o sofrimento das, das pessoas que entram aqui, dos nossos paciente, você vai se modificando, você vai se polindo, né? Vai se tornando uma pessoa mais sensível... que nem a dona Isolda disse que não, que isso não era lugar de gente. De fato, a gente sofreu muito, foi muito sofrimento aqui.<sup>510</sup>

Eva: É, quando eu entrei, entrei aqui, né, era tudo mais difícil, hoje em dia tá tudo mais fácil aqui no Adauto, né? Tinha pouco, pouca gente pra trabalhar, tinha ma... pouca máquina, era bastante paciente, muito trabalho, sabe?<sup>511</sup>

Isolda: Eu só posso dizer se hoje eu dou valor a vida. E agradeço cada dia a Deus por minha vida é que eu aprendi aqui, porque eu vim é... de uma família, de uma origem que a gente vivia, vamo dizer, uma classe média, bem, e você entra, de repente, vê tanta barba... barbaridade, tanto sofrimento, isso pra mim foi uma lição de vida que você tem que agradecer a Deus, né? Porque aqui eu aprendi muita coisa, mas muita coisa mesmo. Eu lutei muito!<sup>512</sup>

Regina: Mas eu sofria muito, né? Não tinha experiência nenhuma, muitos pacientes, na época tinha aquele eletrochoque, né? Cubículos... Tinha.... Lotação, superlotação, né? Era muito frio na época, falta de roupas, condições precárias, né? Eu era jovem, assim e o pessoal assim, me respeitava muito porque eu era uma garotona perto desse pessoal assim e foi... Mas, eu trabalhava no isolamento, daí o Dr. Orquiza pediu para que eu trabalhasse numa ala, pavilhão 4 feminino, tinha 84 pacientes epiléticas e eu fui trabalhar lá... Nossa, pacientes hiper agressivas, agitadas... Trabalhei com ele... Tinha uma paciente que era bastante assim... Forte... ajudava a controlar...<sup>513</sup>

As principais narrativas giraram em torno das péssimas condições dos usuários e do tratamento ofertado, carência na infraestrutura hospitalar (como a falta de máquinas na lavanderia para a quantidade de internos), dificuldades de trabalho e, o que mais ligou uma entrevista a outra foi a superlotação nos primeiros vinte anos da existência do HCAB que, como já vimos pela documentação institucional, havia mais de mil internos para a capacidade de 350 leitos.<sup>514</sup> A fala de Vera refletiu essa superlotação que apagava completamente a

<sup>510</sup> Vera L. Ledra in LEDRA, Vera L; MARCHAUKOWSKI, Eva T. S.; SCHMOELZ, Isolda LEDRA. 2009. Op. cit., p. 09.

<sup>511</sup> Eva T. S. Marchaukowski in: LEDRA, Vera L; MARCHAUKOWSKI, Eva T. S.; SCHMOELZ, Isolda. 2009. Op. cit., p. 02.

<sup>512</sup> Isolda Shmoelz in LEDRA, Vera L; MARCHAUKOWSKI, Eva T. S.; SCHMOELZ, Isolda. 2009. Op. cit., p. Op. cit., p. 10.

<sup>513</sup> CARDOSO. 2017. Op. cit., p. 01.

<sup>514</sup> HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO. 2005. Op. cit., p. 01.

subjetividade dos internos, pois eram “ignorados” desde seu registro na instituição, praticamente sem dados que os identificassem.

Nesse ponto, as vozes das entrevistadas se sobrepõem, fazendo uma junção de lembranças confirmando a mesma história a partir do ponto de vista particular de cada uma. Mas, a experiência coletiva foi demarcada pelas condições de trabalho que eram ofertadas, fazendo com que os discursos se enquadrassem, de acordo com Portelli, como, “histórias de construção da subjetividade pessoal através da interpretação da subjetividade dos demais e da dimensão subjetiva das realidades históricas”.<sup>515</sup>

Percebemos também como, ao lembrar o vínculo com outra época, as entrevistadas demonstraram a consciência de ter passado por situações caóticas e compreendido muita coisa, e a reelaboração deste passado no presente da entrevista possibilitou a chance de demonstrarem suas competências naquele passado. O passado apareceu de uma maneira saudosa, mesmo quando as entrevistadas falaram que sofriam no dia-a-dia. Um passado em que as dificuldades seriam a ponte para que fosse criada uma memória pública da instituição em comparação com os dias atuais.

Os enunciados escolhidos pelos entrevistados se remeteram a escolhas específicas do que era importante rememorar e o que dava sentido a sua experiência no hospital. Assim, a superlotação de usuários e os tratamentos como o eletrochoques e cubículos foram retomados por terem impactado as experiências dessas pessoas na instituição. Além da subjetividade própria dos funcionários construída a partir de sua relação com o trabalho na instituição, a subjetividade dos usuários também foi criada pelas falas, quando termos como “ignorado” ou “não era gente” foram postos em questão, afinal, eram indivíduos que, sem identificação ou qualquer informação, passaram a ser sujeitos da instituição.

Vemos isso quando houve a ênfase na diferença entre os funcionários e os internos, exposta anteriormente na fala de Isolda: “(...) eu vim é... de uma família, de uma origem que a gente vivia, vamo dizer, uma classe média, bem, e você entra, de repente, vê tanta barba... barbaridade, tanto sofrimento”.<sup>516</sup> O estranhamento apontado na fala de Isolda caracterizou o olhar de quem teve o seu primeiro contato com os tipos de tratamentos dados às pessoas

---

<sup>515</sup> PORTELLI. 1996. Op. cit., p. 65.

<sup>516</sup> Isolda Shmoelz in LEDRA, Vera L.; MARCHAUKOWSKI, Eva T. S.; SCHMOELZ, Isolda. 2009. Op. cit., p. 10.

acometidas por transtornos mentais. Relatos como este “são marcados pela perplexidade diante da realidade dentro de um espaço supostamente terapêutico”.<sup>517</sup>

Nesse sentido, há uma margem que afasta os indivíduos considerados loucos da norma, porém essa margem se encontra demarcada no interior da sociedade, em que as relações de poder e de saber se apoiam e usufruem criando os diferentes dispositivos de poder. A perplexidade em relação ao preconceito com os usuários foi ressaltada nas entrevistas em diferentes momentos:

Vera: Sabe? Porque nós vivenciamos muita dor aqui dentro, muita tristeza, né, de ver os paciente... é... eu lembro uma vez que eu dei plantão, veio... os policiais trouxeram no camburão lá da (inaudível) cinco pessoas, jogadas como porcos dentro. E nós fomos chamados pra levar elas pra dentro. Então, quando você chega assim e olha, você leva aquele choque! Eu acho assim, que nenhum ser humano é... pode ser tratado dessa maneira, né?<sup>518</sup>

Odair: No começo, nos primeiros anos de trabalho ai eu levava muitos pacientes pros hospitais clínicos, né? E eu via uma recusa assim, uma discriminação, tava levando o paciente e parecia que tava levando um animal, uma pessoa suja, sabe? Uma doença que, é, o paciente tava com doença mental e parece que tava com AIDS com uma doença contagiosa, sabe? Eu via tanto preconceito do médico quanto da enfermagem. Eu tive algumas situações que eu falei “escuta, é paciente, é ser humano” cheguei até a ter uma discussão porque o atendimento era demorado. Só era rápido o atendimento quando o paciente tava agitado. Dai ficavam com medo e acabavam atendendo o paciente.<sup>519</sup>

Regina: Porque é uma doença ingrata, nesse sentido de pensar assim no bruto, no dizer, sabe? Porque é uma doença... eu sempre falava “se você sofre de uma doença orgânica você vai pro hospital.. ou você morre ou você melhora”. Como eu já trabalhei em hospital clínico também... E a doença mental ela é... é uma doença que a pessoa sofre muito. Ou ela se trata e ela tem condições de ter uma percepção de que ela tem essa doença ou ela sofre uma vida inteira. Eu penso assim, sabe?<sup>520</sup>

Nesse ponto, são duas questões a serem levantadas. A primeira diz respeito ao olhar do outro que não está em contato com os transtornos mentais (nesse caso, a ação da polícia e o hospital das clínicas) e toda a noção de estigma que gira em torno da loucura. Quando Odair

<sup>517</sup> BORGES, Viviane Trindade. Um “depósito de gente”: as marcas do sofrimento e as transformações no antigo Hospital Colônia Sant’Ana e na assistência psiquiátrica em Santa Catarina, 1970-1996. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, out.-dez. 2013, p.1531-1549. p. 1532.

<sup>518</sup> Vera L. Ledra in LEDRA, Vera L; MARCHAUKOWSKI, Eva T. S.; SCHMOELZ, Isolda LEDRA. 2009. Op. cit., p. 38.

<sup>519</sup> ROCIO. 2017. Op. cit. p. 03.

<sup>520</sup> CARDOSO. 2017. Op. cit., p. 04.

falou “parecia que estava levando um animal”<sup>521</sup> e chamou a atenção das pessoas dizendo “escuta, é paciente, é ser humano”<sup>522</sup> ou quando citou a agitação dos internos, esses usuários foram vistos e entendidos a partir da perspectiva de periculosidade e pela sua pura realidade biológica marcada pela doença, que, nesse sentido, causou estranhamento e medo daquilo que não se conhece. Odair apontou que a noção de estranhamento foi maior quando esse usuário saiu da instituição psiquiátrica e se dirigiu a um hospital geral, não sendo visto como o seu lugar. Mas, ao mesmo tempo, comparou a loucura com a AIDS, assim, sua fala tentou retirar o estigma da loucura, mas o redirecionou a outra doença também marcada pelo estigma social.

Um segundo adendo é o próprio sentido que a loucura tem para os próprios funcionários. Quando alguém fala que a loucura é uma doença ingrata e que a pessoa deve ter a percepção de que tem algum transtorno, novamente a subjetividade desses usuários é relegada à pura noção de doença. O sujeito acometido por essa “doença ingrata” deveria ser lembrado a vida toda que é portador do transtorno. Este foi o sentido dado também pela fala de Regina:

Então é uma decepção e isso foi uma luta, uma luta, uma luta, uma luta, uma luta, uma luta e ele fica. Então ou ele, sabe? Então o paciente tem que tá sempre ciente, sabe? Ou às vezes a família acha que ele já tá bom ou ele mesmo tem essa percepção e deixa de tomar uma semana o remédio... Então eu acho, sinceramente, eu não acredito na cura do doente mental.<sup>523</sup>

Nessa fala, temos duas ideias centrais. A primeira diz respeito à necessidade de conhecimento sobre o transtorno, tanto por parte da família quanto do próprio usuário para que o tratamento não seja deixado de lado. A segunda refere-se à noção de loucura, predominantemente voltada para a psicopatologia, centrada na doença. Essa ideia aparece em alguns pontos e volta a ser ressaltada quando os entrevistados são questionados sobre como eles veem o preconceito em torno do transtorno mental: “Porque o paciente, pra muita gente, é sem vergonha, é um monte de coisa, ele é safado, ele tá manipulando, ele tá fazendo um monte de coisa, mas, menos ele é doente porque a pessoa não entende que ele é doente.”<sup>524</sup>

Goffman atentou para como o preconceito acaba anulando o que o sujeito das práticas psiquiátricas era antes de ser internado, para ele:

---

<sup>521</sup> ROCIO. 2017. Op. cit., p. 03.

<sup>522</sup> Idem.

<sup>523</sup> CARDOSO. 2017. Op. cit., p. 04.

<sup>524</sup> Ibidem. p. 05.

No hospital psiquiátrico, o ambiente e as regras da casa recordam ao paciente que é, afinal de contas, um caso de doença mental que sofreu algum tipo de colapso social do mundo externo, tendo fracassado de alguma forma global, e que aqui tem um pequeno peso social, pois dificilmente é capaz de agir como pessoa integral.<sup>525</sup>

Essa compreensão do que é doença mental pareceu ainda estar em roga, assim, os usuários foram lembrados algumas vezes pela sua condição de doente: “(...) nossa, tinha cada criança que até hoje eu me lembro e não me vai na minha cabeça deles ser assim, sabe? Tão... defeituoso...”<sup>526</sup> Assim, uma caricatura do louco acabou sendo esboçada, marcada por suas características físicas além das mentais. Para Goffman:

Construímos uma teoria do estigma; uma ideologia para explicar a sua inferioridade e dar conta do perigo que ela representa, racionalizando algumas vezes a animosidade baseada em outras diferenças, tais como a classe social. Utilizamos termos específicos de estigma como aleijado, bastardo, retardado, em nosso discurso diário como fonte de metáfora e representação, de maneira característica, sem pensar no seu significado original.<sup>527</sup>

Mas, de outro lado, nas falas expostas anteriormente, o estigma se apresentou com outra faceta, em que as pessoas reclamaram por tolerância utilizando da própria doença. São duas questões que caminham juntas e disputam espaço sobre as concepções em torno do que são transtornos mentais.

Ainda sob esse aspecto, remetendo-se aos primeiros anos da instituição, os entrevistados chamaram a atenção para o leque de indivíduos internados na instituição que não tinham transtorno mental, mas que foram admitidos:

Os médicos que tinha trabalhava bastante. Gente, como eles trabalhava! Interessante que eles davam conta dos paciente... sabe? Eu, eu lembro o doutor Orquiza é... tinha que... no pavilhão quatro, porque aqui nós tínhamos até pavilhão de tuberculoso, eu trabalhei um ano e meio como num, na, no, no pavilhão de tuberculosos!<sup>528</sup>

<sup>525</sup> GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974. p. 128.

<sup>526</sup> Isolda Shmoelz in LEDRA, Vera L; MARCHAUKOWSKI, Eva T. S.; SCHMOELZ, Isolda. 2009. Op. cit., p. 13.

<sup>527</sup> GOFFMAN. 1974. Op. cit., p. 08.

<sup>528</sup> Vera L. Ledra in LEDRA, Vera L; MARCHAUKOWSKI, Eva T. S.; SCHMOELZ, Isolda LEDRA. 2009. Op. cit., p. 28.

Voltamos ao princípio dos hospitais psiquiátricos de recolherem para dentro de seus muros qualquer indivíduo que apresentasse alguma condição sintomatológica, mostrando que não existia processo de triagem e todos poderiam ser admitidos nas dependências da instituição, o que demonstra como o hospital psiquiátrico foi, de uma maneira geral, depósito de todo tipo de gente.<sup>529</sup>

Ainda sobre isso, os entrevistados ressaltaram o caso das pessoas recolhidas na rua pela polícia e levadas até o hospital, que, nesse caso, eram os considerados “indigentes” porque “a polícia achava que ele era doente mental porque ele vivia na rua”.<sup>530</sup>

Casos como esse apontam como os sentidos em torno da pobreza, da periculosidade e da incapacidade foram associadas ao que a entrevistada chamou de doente mental. Voltamos à linha tênue entre o normal e o patológico em que a instituição assumia a noção de tutela, visto que o que rege uma sociedade é a norma com a classificação permanente dos indivíduos.<sup>531</sup>

A ação da polícia de retirar esses indivíduos das ruas e levá-los até a instituição com a justificativa de os tratar como doentes mentais foi uma das facetas de todo o processo de limpeza social e de controle da máquina biopolítica, conforme retratou Foucault. Nesta, o ser humano teve sua proteção distorcida pela ação das autoridades que, por sua vez, eram detentoras do poder sobre a vida e o corpo desses indivíduos. Nesse caso, percebemos a noção da rede de relações de poder que se formou, de modo horizontal, em que a polícia retirava da rua esses indivíduos e passava a responsabilidade à instituição e ao médico. Para Foucault “uma sociedade normalizadora é o efeito histórico de uma tecnologia de poder centrada na vida”.<sup>532</sup>

Conforme citou Foucault, o biológico e o histórico são indissociáveis para que as tecnologias de poder atuem sobre a vida. Até aqui, quando analisados os casos dos tuberculosos, das crianças e dos mendigos levados até a instituição, vemos o que Foucault chamou de “história dos corpos” e de como a instituição ficou, com o tempo, encarregada do controle social que antes era ocupado pela religião e pela lei.<sup>533</sup>

A ação da polícia aqui se enquadrava nas diferentes relações de poder dispersas pela sociedade que tem, segundo Foucault, relações de dominação e efeitos de hegemonia<sup>534</sup> que,

<sup>529</sup> Termo usado em: BORGES. 2013. Op. cit.

<sup>530</sup> Vera L. Ledra in LEDRA, Vera L; MARCHAUKOWSKI, Eva T. S.; SCHMOELZ, Isolda LEDRA. 2009. Op. cit., p. 33.

<sup>531</sup> FOUCAULT. 2011. Op. cit., p. 395.

<sup>532</sup> FOUCAULT. 2015a. Op. cit., p. 156.

<sup>533</sup> FREITAS, AMARANTE. 2015. Op. Cit. p. 22.

<sup>534</sup> Ibidem. p. 152.

ao retirar da rua quem se considerava anormal, colocava a instituição como responsável por cuidar, curar e manter a vida desses indivíduos, tornando-os sujeitos.

O que as entrevistas apontaram, de forma geral, foi que o hospital era o lugar de cura e de tutela das mazelas sociais. Quando se iniciaram os processos de Reforma Psiquiátrica na instituição, estas relações começaram a ser desconstruídas, assim como foram inseridas novas classificações nosológicas, fruto das reformas internas do saber psiquiátrico.

Podemos perceber que as falas dos entrevistados traçaram uma linha em comum sobre as principais dificuldades da instituição nos vinte primeiros anos do HCAB que, por sua vez, vivenciou situações similares a outros hospitais psiquiátricos, como apontam diversos trabalhos tanto na área de História, quando nas demais áreas de conhecimento.<sup>535</sup>

Essa linha comum dos entrevistados refletiu uma coesão grupal, em que houve a reprodução de uma memória hospitalar e apropriação desse espaço a partir da definição de relação de poder e de convivência entre os antigos funcionários. Para tanto, Elias e Scotson em *Estabelecidos e Outsiders: Sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade*<sup>536</sup>, nos ajudaram a compreender como diferentes grupos criam categorias de identificação de acordo com o lugar que ocupam em um determinado espaço.

Nesse sentido, os entrevistados, por se tratarem de um corpo de funcionários que esteve há anos no hospital (anterior à reforma), formaram o que os autores chamaram de “estabelecidos”, ou seja, um grupo que possui uma posição maior de superioridade e reconhecimento, que pertence àquele lugar.<sup>537</sup> No caso do hospital, nossos entrevistados formaram o grupo que possuía “carisma grupal, de uma virtude específica que é compartilhada por todos os seus membros e que falta aos outros”.<sup>538</sup> Os outros, aqui, seriam os novos funcionários que chegaram à instituição posteriormente e que se enquadraram nas novas diretrizes de reforma, os “outsiders”, ou seja, aqueles recém-chegados.

---

<sup>535</sup> Podemos ressaltar os trabalhos de: CALICCHIO, Renata Ruiz. **Novas Práticas de Cuidado e Produção de Sentidos no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira**: Análise da Experiência do Grupo Harmonia Enlouquece no campo da Saúde Mental no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2004. Dissertação (Mestrado em Ciências na Área de Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz – ENSP – FIOCRUZ. 160p. POMBO, Ricieli Majorí Reis. **A nova política de saúde mental: entre o precipício e paredes sem muros** (Uberlândia – 1984/2006). Uberlândia, 2007. Dissertação (Mestrado em História) Universidade Federal de Uberlândia – UFU. 205p; DIAS, Míriam Thais Guterres. **A Reforma Psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental**: uma análise a partir do Serviço Residencial Terapêutico Morada São Pedro. Tese (Doutorado) – Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação Serviço Social. Porto Alegre, 2007. 292p.

<sup>536</sup> ELIAS, Norbert. SCOTSON, John L **Os estabelecidos e os outsiders**: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2000.

<sup>537</sup> Idem.

<sup>538</sup> Ibidem. p. 20.

A partir disso, as entrevistas demonstraram esse carisma grupal devido à experiência em conjunto que tiveram dentro da instituição em que:

[...] um grupo tem um índice de coesão mais alto do que o outro e essa integração diferencial contribui substancialmente para seu excedente de poder; sua maior coesão permite que esse grupo reserve para seus membros as posições sociais com potencial de poder mais elevado e de outro tipo, o que vem reforçar sua coesão, e excluir dessas posições os membros dos outros grupos — o que constitui, essencialmente, o que se pretende dizer ao falar de uma figuração estabelecidos-outsiders.<sup>539</sup>

Assim, a memória dos funcionários é produto de uma história que coloca as subjetividades em consonância direta com a realidade hospitalar, marcando as experiências de trabalho em grupos que criam a produção de memórias sobre o passado do HCAB, que é o que veremos a seguir.

### **3.3 A Reforma Psiquiátrica e realidade institucional**

Há na sociedade, como um todo, visões de mundo autorizadas que delimitam o modo de pensar sobre determinados fatos. Por exemplo, na Reforma Psiquiátrica as leis, portarias, regulamentos internos e projetos compõem o seu discurso oficial e as novas práticas de assistência, como vimos no primeiro capítulo. Mas, em meio a todo o debate legislativo existe a realidade institucional do HCAB e do trabalho desenvolvido muito antes de qualquer lei ou diretriz estadual/federal que ditasse os novos tratos com a loucura. Assim, as entrevistas que analisamos, mostraram outro lado, outra visão de quem participou desse processo de mudanças.

É de extrema importância atentar para os modos ainda pouco reconhecidos como as pessoas vivenciaram as mudanças dentro da instituição. Pensar como foi vivido esse debate de reforma, o que eles falaram sobre isso e os silenciamentos, o que foi importante nesse percurso de trabalho na instituição e o que não foi. Em meio a isso, os jogos de verdade foram considerados já que os entrevistados contrapõem-se, às vezes, à imagem pública de uma instituição, que nesse sentido, é uma posição emblemática.

Os entrevistados conferiram uma marca própria tanto à instituição quanto à reforma como um todo, em que os agentes demonstraram viver sua experiência de trabalho de forma intensa na instituição, frente aos problemas de superlotação, falta de matérias para o trabalho

---

<sup>539</sup> Ibidem. p. 22.

e quadro desfalcado de funcionários. Devemos atentar que a pesquisa não teve a capacidade de penetrar em todos os sentidos dessa experiência institucional.

Na entrevista coordenada por Wadi, não houve questionamentos sobre o processo de Reforma Psiquiátrica na instituição, porém, as mudanças ocorridas no HCAB foram expostas nas falas das entrevistadas quando fizeram, espontaneamente, uma trama discursiva indo do passado para o presente comparando o que era o hospital entre a década de 1960 e 1980 até o presente da entrevista.

Isolda: E daí saí e vi, realmente, aí me aposentei, que tudo, essa obra foi feita, hoje em dia está bonito tudo, né? Então, isso aí valeu a pena, tanta luta que, como a gente lutou, como eu disse antigamente a gente não tinha verba, faltava comida, como a Teresa, você sabe que, você diz que nunca deixou faltar, daí sempre foi, mas eu ia lá, eu assinava vales pras firmas. Eu assumia. A dívida que era do Estado. Pra depois conseguir... então a gente sempre levava desse jeito, antigamente, o hospital. E hoje em dia, não falta nada! (...) É isso ser gente... eu vou sair feliz. Então, eu acho que eu saí com... cumpri minha promessa, né? Assim eu vi isso, realmente, modificado! Não tem mais mil e duzentos e poucos pacientes com oitenta funcionário, hoje em dia deve ter o quê, oitenta, cem funci... é, paciente?<sup>540</sup>

Vera: Então, à medida que o tempo foi, foi passando, nós fomos também se reciclando, é... contratação de um novo pessoal... E a gente foi... claro, é... o Estado foi dando mais condições, que nem a Isolda tava falando, mais condições pra que essa mudança viesse a acontecer, né? Até chegar o que é hoje isso aqui. Foi, foi... na realidade, a base de muita luta também.<sup>541</sup>

Nas falas, por mais que o Estado seja citado como garantia de melhorias, as entrevistadas ressaltaram a luta interna, o “como a gente lutou”<sup>542</sup> caracterizando um nós que é a comunidade do local de trabalho.<sup>543</sup> As entrevistadas se colocaram como protagonistas de sua história e contaram as conquistas obtidas a partir do grupo de trabalho interno. Assim, houve uma mescla de referentes verbais coletivos e pessoais.

As funcionárias mais antigas, Isolda e Vera, ressaltaram, principalmente, a diminuição de internos quando citaram que um dos projetos foi o de “Humanização do Ser”<sup>544</sup> datado de 1972 e já discutido em nosso segundo capítulo, destacando que “(...) quando entrou o doutor

<sup>540</sup> Isolda Shmoelz in LEDRA, Vera L.; MARCHAUKOWSKI, Eva T. S.; SCHMOELZ, Isolda. 2009. Op. cit., p. 61.

<sup>541</sup> Vera L. Ledra in LEDRA, Vera L.; MARCHAUKOWSKI, Eva T. S.; SCHMOELZ, Isolda LEDRA. 2009. Op. cit., p. 45.

<sup>542</sup> Isolda Shmoelz in LEDRA, Vera L.; MARCHAUKOWSKI, Eva T. S.; SCHMOELZ, Isolda. 2009. Op. cit., p. 61.

<sup>543</sup> PORTELLI. 2010. Op. cit., p. 22.

<sup>544</sup> HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO. 2005. Op. cit., p. 02.

Júlio, né, Siqueira, de diretor. Ele até fez um carimbo: humanização do ser. Lembra?”<sup>545</sup>, pois “(...) é que antes disso, antes disso era... o... Adauto Botelho, era tido como um depósito de louco!”<sup>546</sup>

Nesses dois trechos, as entrevistadas fizeram um paralelo com as mudanças ocorridas na instituição, novamente pelo trabalho interno desenvolvido por funcionários. A diminuição do número de internos foi o norte das principais mudanças dentro do HCAB, sendo a principal referência quando a ponte entre passado e presente foi formada no discurso.

Nas duas entrevistas realizadas em 2017, o tema central foi o questionamento sobre como aconteceu a Reforma Psiquiátrica dentro da instituição. Os dois entrevistados falaram sobre como a reforma passou, de certa forma, despercebida enquanto grande movimento na instituição, pois as ações gerais já estavam sendo realizadas antes: “isso aí, eu sinceramente... [pausa] veio essa reforma e eles não passaram muito pra gente”.<sup>547</sup> E ainda “(...) porque nós tivemos muito pouco... Assim, na época, veio um pessoal de... na época, falando sobre a reforma, veio um pessoal do Rio aqui, né? Trazer pra gente alguma coisa de lá que aqui acho que começou devagar, né?”<sup>548</sup>

O impacto da reforma ocorreu de forma gradativa dentro da instituição, trazendo mudanças pontuais. Assim, quando perguntados sobre isto, os funcionários responderam que:

Regina: O que eu lembro? É... Então... Depois foi... acabando de lá pra cá... (pensando)... Os cubículos, né? O jacaré... e... nossa, mudou bastante... mudou... foi diminuindo os leitos, né? Que não tinha aqueles não sei quantos por enfermaria, né? Foi mudando isso... foi mudando... as unidades mudaram bastante, fecharam os isolamentos, né? Ah mudou bastante...<sup>549</sup>

Odair: O Adauto hoje é tranquilo em manter adiante. Tem sua colocação, né? Muitos poucos pacientes, né? Hoje trabalha com vinte e cinco pacientes, no máximo trinta. Então você vê a diferença. Melhorou nessa parte, na parte de triagem, na parte de central do leito porque não havia esse trabalho. Havia aquilo, o paciente era pego na rua, alcoolizado, muitas vezes trazia direto. Não tinha uma triagem. Às vezes tava dormindo lá no centro porque não tinha casa e era trazido pro hospital. Não tinha o trabalho, é, de... Vinha bastante desses sem nomes, né? Então nessa parte melhorou muito, então o paciente veio e tem identificação, sabe se tem família, se não tem... família

<sup>545</sup> Isolda Shmoelz in LEDRA, Vera L; MARCHAUKOWSKI, Eva T. S.; SCHMOELZ, Isolda. 2009. Op. cit., p. 04.

<sup>546</sup> Vera L. Ledra in LEDRA, Vera L; MARCHAUKOWSKI, Eva T. S.; SCHMOELZ, Isolda LEDRA. 2009. Op. cit., p. 04.

<sup>547</sup> ROCIO. 2017. Op. cit., p. 06.

<sup>548</sup> CARDOSO. 2017. Op. cit., p. 06.

<sup>549</sup> Idem.

tem que assinar o internamento do paciente, TEM que acompanhar, TEM que vir nas reuniões, tem que participar, então melhorou nessa parte.<sup>550</sup>

O choque principal das narrativas se deu sobre a falta de funcionários no hospital. A defasagem se caracterizou como um dos principais problemas enfrentados e, que com a Reforma Psiquiátrica, houve mudança nesse quadro.

Também na primeira fala foi perceptível a ênfase nos antigos tratamentos e recursos para contenção dos internos. Neste sentido, Wadi e sua equipe questionaram na entrevista feita com as funcionárias aposentadas, sobre o sentido atribuído ao eletrochoque e as demais formas de contenção dos internos no hospital, indagando se seu uso era feito como forma de terapia e/ou era também uma forma de castigo. As funcionárias negaram o sentido de castigo, justificando o uso como único recurso do hospital: “é o que eu disse... olha, eu acho que eles davam o choque quando, realmente, o paciente era muito agressivo e como tinha pouco enfermagem, né Vera, não tinha como controlar e nós aí... E o Adauto não tinha outros meios...”<sup>551</sup>

Sobre isso, se um interno era agressivo, isso servia de parâmetro para os demais. Nesse sentido, o tratamento dado foi justificado pela falta de funcionários e seria função destes utilizar os meios disponíveis, pois, como apontado na fala acima, era necessário manter os usuários sob controle e mantê-los na norma.

As reticências ao falar de mudanças, principalmente entre os entrevistados de 2017, apontaram que elas não ocorreram de maneira brusca, mas sim gradativamente, em pequenas ações que deram sentido às demandas diversas que vinham, tanto de dentro da instituição, quanto do apelo social que acontecia fora dos muros do HCAB.

As mesmas reticências, talvez, caracterizaram um momento que não foi marcante na vida profissional de Regina, uma das entrevistadas, diferente do momento de seu ingresso na instituição, em um período de dificuldades extremas, e que ela identificou como o momento em que desenvolveu um trabalho em meio às contrariedades, discursando sobre o passado a fim de ressaltar o papel da instituição em sua vida.

Ademais, na fala de Regina, houve menção aos tratamentos antigos realizados dentro da instituição, como “cubículos” e “jacaré”.<sup>552</sup> Em realidade, foi impossível, para nós,

<sup>550</sup> ROCIO. 2017. Op. cit., p. 05.

<sup>551</sup> Isolda Shmoelz in LEDRA, Vera L.; MARCHAUKOWSKI, Eva T. S.; SCHMOELZ, Isolda. 2009. Op. cit., p. 43.

<sup>552</sup> De acordo com Guimarães [et al], cubículos eram “(...) pequenas salas, individuais, fechadas, com portas de material reforçado, que continham uma ou duas aberturas, na parte superior para o profissional observar a pessoa no interior do cubículo e na parte inferior para entregar as refeições. Em todos esses espaços restritivos havia um

pesquisadoras, medir como esses meios foram aplicados e administrados. Foram práticas que pertenceram à realidade psiquiátrica em um determinado momento e consideradas válidas entre os seus pares.

Já na fala de Odair, alguns elementos importantes, ressaltados em diversos momentos no decorrer da entrevista, foram o processo de triagem dos usuários, a participação da família e, por fim, a desinstitucionalização. Foi perceptível no discurso, a ênfase do entrevistado no dever da família de participar, de acompanhar o que, por sua vez, possibilitava uma melhor reinserção familiar dos usuários. Ao mesmo tempo, ele enfatizou que a responsabilidade do tratamento devia ser dividida entre o Estado, a instituição, a sociedade e a família.

Uma das maiores bandeiras do processo de reforma é a desinstitucionalização, porém, na fala dos agentes, essa questão apareceu limitada e levantou a problemática da capacitação:

Odair: Teve essa reforma que veio ai pra desasilar o paciente, né? Tirar ele de dentro do hospital. De fato teve muitas casas de apoio que atenderam nossos pacientes, né? Eu vi que a reforma psiquiátrica precisava primeiro... funcionar o treinamento... [pensando] eu não achei legal porque os pacientes saíram no hospital, mas não foram recebidos por profissionais especializados que tinham conhecimento da doença, foram recebidos por cuidadores e não foi legal.<sup>553</sup>

Regina: E mudou tudo. Os funcionários mais antigos vestiam mais a camisa. A gente vestia mais a camisa. Hoje não, hoje é o pessoal mais jovem que, que, vem pra trabalhar já não veste mais a camisa como vestia. Hoje o importante é o curso, é ser enfermeiro, né? Eu entrei aqui, porque depois que eu entrei aqui é que eu fiz o curso de auxiliar de enfermagem, de atendente de enfermagem. Eu gostava de psiquiatria e pra gostar de psiquiatria você tem que entender a doença.<sup>554</sup>

Nas duas exposições houve um afastamento entre os funcionários que estavam há mais tempo na instituição e os novos trabalhadores da área de saúde mental que ingressaram mais recentemente, o que representa uma diferença geracional, ou seja, como os antigos funcionários cuidavam dos internos, quais eram as práticas e relação com o hospital. Houve, em seus discursos, uma relação de alteridade que se construiu frente aos novos funcionários. Oliveira e Alessi apontaram que o trabalho atual em saúde mental, principalmente na

---

lugar para que os indivíduos fizessem as eliminações fisiológicas e se deitassem. As pessoas eram encaminhadas para os cubículos quando estavam muito agitadas ou agressivas.” Os jacarés, ou lençóis de contenção, que “(...) era confeccionado de lona grossa e tinha correias de couro, portanto, oferecia um contato desagradável ao indivíduo contido e transmitia uma mensagem de medo e agressividade, revelada por pacientes ao apelidá-lo de “arreio”. GUIMARÃES, Andréa Noeremberg et al . Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 22, n. 2, p. 361-369, Jun 2013. p. 365.

<sup>553</sup> ROCIO. 2017. Op. cit., p. 04.

<sup>554</sup> CARDOSO. 2017. Op. cit., p. 05.

enfermagem, incorpora alguns princípios novos baseados na prática interdisciplinar, o que faz com que não se admita a noção de cura, mas sim o de reabilitação<sup>555</sup> trazendo novos personagens, como os cuidadores, nesse novo panorama.

Quando apareceu essa alteridade entre o nós, antigos funcionários, e o eles, novos agentes, se estabeleceu uma hierarquia que demonstrou a visão do estabelecido sobre alguém que chegou agora.<sup>556</sup> Novamente, retomamos Elias e Scotson que, ao trabalhar com a ideia de carisma grupal e o ideal de “nós”,<sup>557</sup> contribuíram para a problematização das relações grupais.

Interessante, nesse caso, pensar o grupo e não apenas os indivíduos isolados. Afinal, para os autores é necessário pensar a “figuração específica que os dois grupos formavam entre si”.<sup>558</sup> O grupo estabelecido, como foi o caso dos antigos funcionários aqui entrevistados, estabeleceram entre si relações e normas<sup>559</sup>, no caso do hospital foram relações de contato com os internos, relações de trabalho, como vimos anteriormente ao justificarem o uso de eletrochoque, por exemplo. Percebemos que formou-se um grupo de funcionários “estritamente integrado”,<sup>560</sup> utilizando as palavras de Elias e Scotson. Essas relações e modo de ser/agir acabam sendo ameaçadas por quem estava chegando:

Eles põem em risco as defesas profundamente arraigadas do grupo estabelecido contra o desrespeito às normas e tabus coletivos, de cuja observância depende o status de cada um dos seus semelhantes no grupo estabelecido e seu respeito próprio, seu orgulho e sua identidade como membro do grupo superior.<sup>561</sup>

As relações de poder acabaram criando essa imagem de “nós” entre os grupos. Nesse caso, é importante ressaltar que, entre a época em que os funcionários ingressaram na instituição e o presente em que aconteceu a entrevista, houve toda uma formalização do trabalho de enfermagem.

Nesse momento, foi perceptível um descompasso entre o passado e o presente, quando comparado o serviço de saúde mental. Odair, o entrevistado, apontou que:

---

<sup>555</sup> OLIVEIRA, Alice G. Bottaro de. Neiry ALESSI, Primo. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Rev Latino-am Enfermagem**. maio-junho; 11(3): 333-40, 2003.

<sup>556</sup> ELIAS, SCOTSON. 2000. Op. cit.

<sup>557</sup> Ibidem. p. 44.

<sup>558</sup> Ibidem. p. 23.

<sup>559</sup> Ibidem. p. 25.

<sup>560</sup> Ibidem. p. 24.

<sup>561</sup> Ibidem. p. 26.

Eles tinham que abrir concursos mais, contratar pessoas que tivessem entendimento da doença, né? Mas, eu não sei... A reforma psiquiátrica pra mim não foi boa, não foi legal. Não foi legal porque eu acho que eles deviam ter trabalhado um pouco mais, qualificado profissionais pra depois... ter locais adequados também, sabe?<sup>562</sup>

Houve uma denúncia das limitações da desinstitucionalização e uma denúncia do próprio Estado, pois, como vimos no capítulo anterior, ainda há uma brecha entre o que a lei implica e a realidade ofertada, principalmente nos tipos de residências terapêuticas que não comportam todos os usuários, ficando muitos deles fora de qualquer projeto de reforma.

Em todo caso, a responsabilidade recai sobre os órgãos competentes, quando os entrevistados falaram que “(...) eles tinham que abrir mais concursos, contratar pessoas que tivessem entendimento da doença, né?”<sup>563</sup> O "eles" se referia aos grupos dirigentes, servindo para designar uma condição representada como geral e permanente<sup>564</sup> na falta de contratação de pessoal.

Mas, em todo caso, ocorreu a construção da subjetividade de alguém que passou por um período turbulento da instituição, caracterizando essa diferença “pela ideia que fazem de seu próprio papel histórico, pela consciência de terem participado dos acontecimentos do seu tempo e de terem influenciado o seu curso”.<sup>565</sup> Assim, criou-se uma autoimagem dos grupos, o que caracterizou os conflitos e tensões expostas nos discursos dos entrevistados, como a diferença de formação e de trabalho de antigos e novos funcionários.

Ainda, quando questionada sobre a desinstitucionalização, Regina falou que:

Diminuiu o número de pacientes dentro do hospital, né? E que pra nós também diminuiu o acúmulo de pacientes dentro do hospital. Na época nós tínhamos muito pacientes crônicos dentro do hospital e aí as assistentes sociais procuraram famílias e aí foram localizadas bastante famílias na época que nós tínhamos acho que 70% de pacientes e aí também foram localizadas. Aí várias famílias foram localizadas, já foram encontradas, que foram retirados vários pacientes... Feito a identificação dos pacientes e levados pra... pra locais, assim, onde que eram... como que era... casas assim, né?<sup>566</sup>

Sobre o presente, ele apareceu pouco enfatizado nas entrevistas, ao contrário de um passado que, mesmo atravessado por problemas, estava mais vivo na memória dos funcionários, até mesmo pelo que significou o trabalho em meio às adversidades. Regina,

<sup>562</sup> ROCIO. 2017. Op. cit., p. 04.

<sup>563</sup> Idem.

<sup>564</sup> PORTELLI. 2010. Op. cit., p. 22.

<sup>565</sup> VOLDMAN. 2006a. Op. cit., p. 41.

<sup>566</sup> CARDOSO. 2017. Op. cit., p. 07.

quando indagada sobre os novos projetos terapêuticos na instituição, deu maior relevância, novamente, ao que foi um dia o hospital:

Antes da reforma. Nossa, muito, mas tinha muito mais que hoje, muito mais (estalando os dedos). Nós tínhamos... tinha... Hidroponia, tínhamos horta, jardim, jardinagem, nós tínhamos todos os tipos de oficina. Fazia do sabonete, oficinas, oficinas, eram milhares de oficinas, muito mais que hoje, muito mais... terapeutas.<sup>567</sup>

A reforma apareceu desfocada, mesmo quando salientada pelo entrevistador. Enfatizou-se, em toda essa construção discursiva, um apego ao que passou e pelo que se viveu na instituição, colocando limitações nas oficinas terapêuticas ofertadas atualmente: “Ah, ajudava, era muito bom. Tinha... É... Como que se diz... Tinha... É... Fazia um... Hoje eles fazem também, mas tinha muito mais porque daí eles vendiam... Culinária... Mas daí tinha... eles vendiam, tinha bazares... Nossa...”<sup>568</sup>

A resistência à mudança pode ser entendida como um choque de realidade, assim, para os entrevistados, pensar a mudança implicava um retorno ao que passou e a ênfase foi dada ao passado:

Eles podem saber da mudança como um fato, mas a crença no carisma especial de seu grupo e nas atitudes e estratégias comportamentais que o acompanham mantém-se inalterada, como um escudo imaginário que as impede de sentir essa mudança e, por conseguinte, de conseguir ajustar-se às novas condições de sua imagem e sua estratégia grupais. Assim, uma vez que o ajuste realista é uma pré-condição sem a qual elas não podem, como grupo cujos recursos de poder diminuíram, realizar nada que seja capaz de provar seu valor humano a elas mesmas e a outrem, a negação emotiva da mudança, a preservação tácita da imagem carismática do grupo amado revela-se autodestrutiva.<sup>569</sup>

Voltamos às reticências. Quando indagada sobre a reforma, o silêncio foi mantido. Ao mesmo tempo, tivemos a palavra quando se reforçou o que foi um dia o HCAB “nossa, tinha muita coisa. Nossa, até hidroponia tinha, hortas, era muito mais... Era uma delícia, esse hospital foi muito bom. Foi muito bom”.<sup>570</sup> Assim, a reforma foi colocada em um plano secundário, sem evidência e silenciada a fim dar lugar ao passado às experiências de trabalho na instituição.

---

<sup>567</sup> Ibidem. p. 08.

<sup>568</sup> Idem.

<sup>569</sup> ELIAS, SCOTSON. 2000. Op. cit., p. 45.

<sup>570</sup> CARDOSO. 2017. Op. cit., p. 09.

Afinal, com o processo de Reforma Psiquiátrica, os funcionários também foram subjetivados, ou seja, tiveram de se adequar às novas práticas que, por vezes, foram ancoradas em novos saberes que ameaçaram uma experiência antiga de trabalho dentro da instituição.

Portanto, ao retomarem o passado a todo o momento, rememorando o próprio trabalho e as condições dentro do HCAB, eles tentaram se subjetivar para além das imposições de reforma a partir de “artes de existência”, ou seja:

Estas devem ser entendidas como as práticas racionais e voluntárias pelas quais os homens não apenas determinam para si mesmos regras de condutas, como também buscam transformar-se, modificar-se em seu singular, e fazer de sua vida uma obra que seja portadora de certos valores estéticos e que corresponda a certos critérios de estilo.<sup>571</sup>

Foi formada uma “moral” que esses sujeitos estabeleceram diante dos valores ou de princípios de conduta (como as novas práticas de reforma) resistindo ao que lhes foi imposto. Assim, retomar às suas experiências passadas na instituição foi uma forma de “transformar a si mesmo em sujeito moral de sua conduta”.<sup>572</sup> Dessa maneira, os nossos entrevistados firmaram uma relação consigo mesmos:

[...] esta não é simplesmente “consciência de si”, mas constituição de si como sujeito “moral”, na qual o indivíduo circunscreve a parte dele própria que constitui esse objeto de prática moral, define a sua posição em relação ao preceito que ele acata, determina para si um certo modo de ser que valerá como cumprimento moral dele mesmo e, para realizar-se age sobre ele mesmo, levando-o a se conhecer, a se controlar, a pôr-se à prova, a se aperfeiçoar e a se transformar.<sup>573</sup>

Para os entrevistados, essas práticas de pensar em si mesmos foi uma forma de se elaborarem e transformarem seus próprios modos de ser.<sup>574</sup> Assim, todo o discurso de Regina foi embasado em um apego que vai além do trabalho, indo ao encontro de uma experiência pessoal:

Os pacientes faziam tudo aqui dentro. Tinha os pacientes moradoras e tinham pacientes que faziam tudo. Nós se envolvia e nossa, era casa. Nós morava aqui dentro. Elas moravam aqui dentro. Ai como era bom. Pacientes que levavam a bandeja pra nós, da medicação, na farmácia. Nós envolvia com os pacientes, nós íamos todos pro jardim e elas iam sozinhas... Ai, era

<sup>571</sup> FOUCAULT. 2014. Op. cit., p. 193.

<sup>572</sup> Ibidem. p. 207.

<sup>573</sup> Ibidem. p. 208.

<sup>574</sup> Ibidem. p. 209.

muito bom.. Esse hospital foi a melhor coisa do mundo.. Hoje é tudo regras, tudo certinho. Na época era muito bom, nossa... Isso aqui foi tudo de bom.<sup>575</sup>

Toda a reestruturação foi relegada a um segundo plano, o processo de reforma não foi tão marcante quanto o que o hospital representou na vida da enfermeira. A reforma foi entendida pelo viés da regra em que sobressai uma história da instituição que precisava ser contada e relembrada na entrevista. Dessa forma, vemos que a entrevista mostrou um espaço de novas relações entre o que foi vivido e o que é o hospital hoje, sem recair na ideia do hospital como repressão antes de se falar em qualquer movimento de reforma.

Também ocorreram fugas no discurso de Regina quando interrogada sobre o presente, ou seja, um “querer-não-saber”<sup>576</sup>, diferente, no caso, do outro entrevistado que falou um pouco mais abertamente sobre as novas práticas:

Nós tínhamos a cozinha comunitária devido a funcionário com os pacientes... Dai abriram de novamente, e tipo assim... faz bolo, faz... tudo acompanhado ali, né? Pelo funcionário, pra ter hora... Mas, tem pacientes aí que é crânio, desenha muito bonito, quadros... Tem paciente aí que desenvolve coisas que já faziam lá fora, sabe? Mas devido a ficar com a doença não queria fazer mais, ali eles acabam fazendo. Nesse sentido é o paciente mais orientado, mais... Já o paciente, eles já pesquisam, paciente comprometido, já tem muito tratamento, sabe? Isso é (inaudível) mas os pacientes de começam (inaudível). Já participei, já fiz junto muito trabalho. Junto com paciente tá fazendo, ensinando... e é muito bom. Eu acho que isso aí ajuda muito o paciente enfrentar a doença, o tratamento... o tratamento fica mais leve pra ele encarar, sabe? É mais difícil praquele paciente que fica mais isolado, só no leito (inaudível) esse paciente não aproveita muito. Tem paciente que vem de coisas novas, tem dons, né? Sabe pintar e dá continuidade lá fora. Às vezes chega o paciente “não, eu vou continuar fazendo isso lá fora” e isso é muito bom. E é bom também (inaudível) aprende a desenvolver, só que ele acaba fazendo lá fora e se dando bem. Eu acho que o que importa é o contato. Esse contato com o paciente é que é importante, esse primeiro contato, o que você é bom, com aquilo, trazer o paciente praquele trabalho, né? Tirar ele daquele mundo isolado e trazer pro outro. Lógico, você não (inaudível) conhecer isso, aprender isso e você tá ali junto e tem paciente lá que tá no leito e é uma surpresa o paciente lá fazendo trabalho, pintando... Muito bom isso aí, muito bom.<sup>577</sup>

Percebemos que o tratamento principal é até hoje a via medicamentosa e que as oficinas são uma alternativa à parte. Entretanto, o que Odair tentou expor foi a necessidade de atenção e contato com esses usuários, com possibilidades de retirá-los do leito. A loucura, em muitos

<sup>575</sup> CARDOSO. 2017. Op. cit., p. 10.

<sup>576</sup> É uma estratégia de esquecimento que se contrapõe a noção de uma memória obrigada, em nosso caso, a obrigação de rememorar sobre a Reforma Psiquiátrica. RICOEUR, Paul. **A memória, a história, o esquecimento**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2007. p. 455.

<sup>577</sup> ROCIO. 2017. Op. cit., p. 09.

casos, é vista como improdutivo<sup>578</sup>, e quando há a surpresa dos resultados obtidos nas oficinas, vemos que os usuários mostram sua subjetividade para além da doença e sua potencialidade na realização de diferentes atividades propostas.

Ainda, quando ressaltou que muitos já realizavam tais atividades antes de adentrarem na instituição, isso representa como a marca da doença consegue apagar a subjetividade do usuário, relegando-o à sua condição física ou mental, fazendo-o romper vínculos que foram construídos antes de adentrarem o hospital psiquiátrico. Nesse sentido, as oficinas têm o trabalho de trazer a autonomia que foi perdida e de reconstruir a subjetividade para além do diagnóstico médico.

Em meio a isso, a família foi uma das questões mais elencadas nas entrevistas, sendo um dos principais aportes ao tratamento do usuário.

Odair: Hoje a família participa mais, Hoje o paciente interna ele... ele tem a família semanalmente tem uma reunião de equipe que a família tem que participar. Dia de visita é todo dia, mas essa reunião que tem a equipe com o paciente a família tem que participar, enfim... Ali a família fala, pergunta, tudo... Junto com o paciente, sabe? Esse contato com a família, com paciente, com psicólogo, médicos, isso é muito bom... Tira todas as dúvidas, é uma informação muito grande. Então nós temos atendimento familiar e vem as famílias participam falam com médico, psicólogo, com a equipe ali e o paciente tá presente. Ai a família conta como é o paciente em casa, então é real mesmo, o paciente interna e fala coisas que a família não tá sabendo e naquele confronto a gente descobre coisas ali bacana... então... esse trabalho de atendimento familiar é muito bom, é muito importante e tá dando certo! Através desse atendimento o paciente tem ficado pouco tempo no hospital, com a melhora, com a troca de medicação, até acertar o paciente tem ficado 30, 45 dias internado, no máximo 60... um ou outro caso que fica um pouquinho mais, um caso compulsório ou com ordem judicial que a gente tem, daí é um trâmite a mais de documentação e ação de juiz e daí é um pouquinho mais demorado, mas a maioria, 90% o paciente recebe alta, em 30, 60 dias eles tão em casa. Há uma boa resposta, o paciente sai bem, sai orientado, com a medicação certa. Única dificuldade que a família tem é de manter esse tratamento lá fora... às vezes a família não tem... tem casos em que a própria família, mãe idosa não sabe ler, não sabe administrar a medicação, o paciente não toma... Mas a resposta é muito boa. Vejo que esse tratamento, que esse atendimento tá no caminho.<sup>579</sup>

---

<sup>578</sup> Segundo Figueirêdo, Delevati e Tavares: “As práticas clínicas iniciais presentes nos manicômios/hospitais psiquiátricos eram fundamentadas nas concepções acerca da loucura, que referiam os ditos loucos como incapazes e improdutivos para a sociedade. Tais concepções estão relacionadas aos exorcistas, ao enfoque médico, até o surgimento dos manicômios/hospitais psiquiátricos tratados no decorrer do artigo. A Reforma Psiquiátrica adentrou no sistema de saúde mental a partir do momento em que houve mudanças nessas concepções de loucura. Tendo em vista que os ditos loucos passaram a ser vistos como cidadãos, providos de direitos.” FIGUEIRÊDO, Marianna Lima de Rolemberg. DELEVATI, Dalnei Minuzzi. TAVARES, Marcelo Gões. Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. **Ciências humanas e sociais**. Maceió. v. 2. n.2. Nov 2014 . p. 121-136. p. 132.

<sup>579</sup> ROCIO, 2017. Op. cit., p. 07.

Regina: Eu acho que isso é uma coisa importante que o paciente tem tido bastante, pelo menos as famílias principalmente, abertura sobre tudo que acontece dentro do hospital. Que antigamente o paciente internava e era simplesmente jogado pra dentro e não tinha mais nada, né? Hoje não. Hoje as famílias tão sempre junto e toda vez que o paciente interna tudo o que acontece com ele a família está junto. E a ressocialização do paciente é muito importante. Porque pelo menos, ele tá... ele é ele. Pode... Eu vejo assim, o que é importante? É o paciente. Se não for... O que você tá fazendo dentro do hospital? Pode mudar... Eu vejo assim, as leis podem mudar tudo. É mudança de papel, essa papelada, um monte de coisa, mas os cuidados com o paciente não muda. Porque você tem que tá sempre atento aos cuidados dele. E a ressocialização do paciente na unidade, na sociedade tem que ter. Porque a vida dele lá fora é importante. Não adianta tá só internando, internando, internando se lá fora ele não pode viver. Se a comunidade não conhece ele, se o vizinho não sabe o que que ele tá fazendo, não conhece a doença dele... Porque tem gente que nunca nem viu.<sup>580</sup>

O tema da família suscitou outras questões importantes do processo de reforma na instituição que estão a ele imbricadas. Em primeiro lugar, a importância do contato dos usuários com as famílias que, por muito tempo, ficaram afastadas principalmente devido à crença de que cabia ao hospital psiquiátrico tutelar e curar a partir do isolamento.<sup>581</sup>

Na fala de Odair, a influência da família apareceu como algo positivo. Ela é mais que um informante sobre o estado de saúde dos usuários. Porém, há a ressalva sobre a continuidade do tratamento, pois “(...) ainda, é preciso considerar que a família vive em determinado contexto e em dado momento de sua trajetória, nos quais suas potencialidades podem estar comprometidas, e ela necessitar ser igualmente cuidada e instrumentalizada para cuidar”.<sup>582</sup>

A família, nesse sentido, necessita de apoio, preparo e estrutura, pois também apresenta demandas básicas que podem gerar dificuldades no amparo aos usuários e nos princípios básicos da desinstitucionalização, tais como:

A dificuldade para lidarem com as situações de crise vividas, com os conflitos familiares emergentes, com a culpa, com o pessimismo por não conseguir ver uma saída aos problemas enfrentados, pelo isolamento social a que ficam sujeitos, pelas dificuldades materiais da vida cotidiana, pelas complexidades do relacionamento com o doente mental, sua expectativa

<sup>580</sup> CARDOSO, 2017. Op. cit., p. 08.

<sup>581</sup> BORBA, Letícia de Oliveira [et al]. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2011; 45(2):442-9. P. 442-449.

<sup>582</sup> Idem. p. 446.

frustrada de cura, bem como pelo desconhecimento da doença propriamente dita, para assinalarmos algumas dentre tantas outras insatisfações.<sup>583</sup>

É imprescindível que o processo reformista englobe todas essas necessidades para que haja uma mudança de cunho social e cultural sobre a loucura, partindo de todos os dispositivos dispersos na sociedade, para que não signifique apenas mudanças nas estruturas físicas das instituições.

Quando Regina apontou para a papelada sobre a reforma, percebemos que há uma necessidade de trabalho em conjunto com a sociedade, para que a comunidade deva conhecer a doença.

A ressocialização foi outra palavra-chave no discurso de Regina, apontando ao fator primordial de que não há indivíduo sem sociedade e não há sociedade sem o indivíduo. É justamente para evitar que o internamento seja sempre a principal saída, acreditando que o atendimento em rede proposto pela Reforma Psiquiátrica é o caminho para a desinstitucionalização, “porque a vida dele lá fora é importante. Não adianta tá só internando, internando, internando se lá fora ele não pode viver”.<sup>584</sup>

Dessa forma, não há pessoas isoladas fazendo a sociedade acontecer. A Reforma Psiquiátrica deve considerar as configurações sociais que criam os sentidos sobre a loucura, o que demonstra que a vida em comunidade não é harmoniosa, pois as configurações sociais são mutáveis e flexíveis.<sup>585</sup>

Todas as falas analisadas neste capítulo construíram pontes entre toda uma experiência com a loucura em um período de tempo que teve mudanças nas configurações sociais e culturais.

Os discursos apresentaram elementos que englobaram as discussões gerais da reforma mas, ao mesmo tempo, fizeram elucidações sobre um passado da instituição que foi lembrado a partir da experiência tradicional de cuidados e de tutela, a partir dessa rede institucional que ligava os funcionários. Esses, por sua vez, assumiram posições de acordo com o vínculo estabelecido. Existe, portanto, uma teoria da reforma e a prática feita por essas pessoas que dão contorno ao que se entende como instituição.

Os eventos lembrados pelos entrevistados tornaram-se lugares de significados, “primordialmente através do trabalho de memória pessoal e pública, que seleciona certos

---

<sup>583</sup> COLVERO, Luciana de Almeida. IDE, Cilene Aparecida Costardi. ROLIM, Marli Alves. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2004; 38(2):197-205. p. 198.

<sup>584</sup> CARDOSO. 2017. Op. cit., p. 08.

<sup>585</sup> ELIAS. 1994. Op. cit.

eventos a partir do conjunto disforme de acontecimentos cotidianos e os investe de significado”.<sup>586</sup> Ou seja, não apenas os entrevistados selecionaram eventos, mas o próprio hospital em sua documentação, já analisada nesta dissertação, em sua tentativa de construir um histórico<sup>587</sup> destacou certos momentos que deveriam ser lembrados, como constituintes de uma comunidade de sentimentos e de ações.<sup>588</sup>

Nada é natural, as relações com o trato da loucura não são naturais, são humanas, e para isso é necessário observar a historicidade dos indivíduos e suas relações estabelecidas em determinadas sociedades. A memória se apresentou, aqui, como ferramenta da produção de subjetividades diversas a partir de discursos que despertaram reflexões acerca das imagens vistas, vivenciadas ou criadas por essas pessoas.

Assim, todas as pessoas trazidas neste capítulo viveram e experienciaram as transformações dentro da instituição sem que o processo da reforma tivesse um papel primário, pois, as mudanças foram gradativas e iniciaram em um período anterior a qualquer debate de lei. Portanto, os discursos tiveram foco na instituição e no trabalho desenvolvido em conjunto pela rede formada pelos funcionários, o que denotou práticas de resistência frente aos códigos, normas e diretrizes de reforma.

A Reforma Psiquiátrica apareceu de maneira isolada nas falas quando questionada, aparecendo a imersão dos funcionários em sua experiência institucional como eixo articulador em que a memória une o sujeito histórico ao seu grupo social e a um momento próprio repleto de significações.

O HCAB e sua trajetória nos permitiu investigar os meandros da História da Loucura, constituindo-se em uma fonte repleta de possibilidades para a escrita da história. E, ao mesmo tempo, o trabalho na instituição foi a base da construção de sentimentos que uniram os discursos aqui expostos, o que nos induziu a concluir que se tratou de construção de processos que levaram determinadas pessoas a se entenderem como sujeitos e como grupos na construção de subjetividades próprias e dos outros na história.

---

<sup>586</sup> PORTELLI. 2016. Op. cit., p. 19.

<sup>587</sup> HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO. 2005. Op. cit.

<sup>588</sup> PORTELLI. 2016. Op. cit., p. 22.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a Reforma Psiquiátrica no estado do Paraná tenha sido legitimada através da lei estadual em 1995, observamos nesta pesquisa que, já na década de 1980, as primeiras ações reformistas dentro do HCAB começaram a acontecer. O hospital procurou, pelas mais diversas vias, mobilizar práticas internas a fim de repensar o seu próprio papel social e ressignificar os sentidos sobre a loucura.

A produção historiográfica no campo da chamada História da Loucura e da Psiquiatria serviu de referência para construir nossa problemática, permitindo compreender tanto a instituição, como também os indivíduos que foram constituídos como sujeitos em meio a ela.

A loucura entendida a partir dos parâmetros atuais da nossa sociedade se situa na linha tênue entre saúde e doença, fazendo com que tudo que não corresponda à norma social possa ser patologizado, classificado, excluído. O Brasil teve a iniciativa da construção de hospitais do tipo colônia como resposta à superlotação das instituições psiquiátricas. Mas, a superlotação acabou ocorrendo nesse modelo de hospital, como o HCAB. Este problema se tornou a marca destes hospitais e teve sua realidade alterada com a deflagração do movimento de Reforma Psiquiátrica, por suas exigências legais e pelos processos internos feitos nas instituições.

A loucura foi, por muito tempo, entendida a partir da premissa de que seu lugar era no hospício, sem a opção de haver serviços substitutivos e alternativos ao modelo asilar<sup>589</sup> e a sociedade como um todo, junto ao sistema, propulsava a internação como saída a evitar mazelas sociais. Isso só se tornou possível com a racionalização do conhecimento que conferia sensação de segurança ao excluir e isolar indivíduos que não se adequavam às normas.

A sociedade sempre estabeleceu meios de categorizar as pessoas e impôs o que seria natural ou não para os membros de cada uma dessas categorias. Assim, ao louco que foi recolhido para dentro dos muros da instituição, como no início do HCAB, foi imposto o estado de exceção, considerando-o como ameaça ou desviante das normas sociais. Os excluiu, rotulou, de modo que o direito (à lei), que deveria cuidar da vida, acabou ameaçando-a.<sup>590</sup>

A loucura esteve exposta a esta norma, mas sua condição mudou quando passou a ser incluída nas políticas públicas pela sua própria condição de doença que, em um momento foi

---

<sup>589</sup> Idem.

<sup>590</sup> AGAMBEN, Giorgio. **Homo sacer**: o poder soberano e a vida nua. 2. ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2010. p. 16.

vista como anormal e que agora há a busca pelo reclame dos seus direitos básicos. Assim, o mesmo poder que a excluiu, passa a incluí-la, fazendo a noção de enfermidade possuir diversas significações no decorrer do tempo.

Noções como humanização, diversidade de tratamento, desinstitucionalização, começaram a emergir com o processo de redemocratização do Brasil já em 1970. Maus tratos, superlotação, internações compulsórias nas instituições, começaram a ser colocados em evidência e a busca pelos direitos humanos se tornou uma das bandeiras da luta antimanicomial.

Frente a isso, nosso primeiro capítulo buscou explicitar as diferentes diretrizes estaduais e nacionais que guiaram as discussões sobre a Reforma Psiquiátrica. Acompanhando o processo de redemocratização e embasados pela Constituição Federal de 1988, a demanda por direitos se estabeleceu e deu contorno aos movimentos sociais. O pontapé inicial dessas discussões foi a I Conferência de Saúde Mental, seguida da declaração de Caracas que firmaram o compromisso da efetivação de uma rede de saúde mental.

O HCAB em meio a isso, veio se adequando e se reorganizando, demonstrando que não é um dispositivo estático, ao contrário, é dominado por tensões internas e externas que dão sentido às lutas cotidianas das relações de poder. A instituição apresentou, desde o começo da década de 1980, mudanças estruturais que não dependeram de macro mudanças legislativas e jurídicas.

Essas colocações foram feitas em nosso segundo capítulo, que traçou o caminho percorrido pelo hospital em meio à realidade social e cultural que cerca a compreensão e as práticas com a loucura. Foram destacadas algumas ações que buscaram desospitalizar os sujeitos, porém, isso exigiu um grau de independência e autonomia dos usuários. Dessa forma, haviam serviços diferenciados, entretanto, a parcela de usuários que usufruíam destes novos serviços com vias à desinstitucionalização era limitada devido à clientela da instituição corresponder a um maior número de usuários crônicos e asilares.

É importante ressaltar que a instituição mobilizou as práticas institucionais a fim de dar visibilidade a esses sujeitos ancorados na loucura. O trabalho em rede foi um dos pontos significativos nesse processo, principalmente ao tentar atender às demandas da Reforma Psiquiátrica e o processo de desinstitucionalização dos usuários asilares. Vimos que a teoria e a prática encontraram dissidências pelo percurso, o que limitou a ressocialização da forma como as leis requeriam, principalmente nas questões estruturais das residências terapêuticas e aos cuidados oferecidos em cada uma delas.

A reforma psiquiátrica no HCAB apareceu, então, de forma mais abrangente, no processo de admissão de usuários, de desinstitucionalização dos asilares e nas forças locais de diálogo entre os agentes do campo da saúde mental que representavam o HCAB, frente ao governo e a população. Discutir o papel que o hospital tinha na sociedade e garantir a assistência com base nas prerrogativas da reforma, ou, antes mesmo sem menção a ela, apareceram nos documentos.

Basaglia se referia à instituição psiquiátrica como uma relação daqueles que tem o poder e dos que não tem,<sup>591</sup> mas, também podemos afirmar, de acordo com Foucault que o poder não é algo que alguém possui, mas que se exerce.<sup>592</sup> Nesse sentido, as práticas que compõem a instituição como um todo são multilaterais e ocorrem de forma microfísica, fazendo com que as mudanças no trato com a loucura ocorram dentro das relações de poder exercidas entre agentes, usuários, família e instância jurídica.

Assim, não é a instituição que ressignifica sentidos ou cria práticas, são os sujeitos que estão em meio a ela. Portanto, toda a construção da imagem do HCAB e de suas práticas, foi e continua sendo feita, por pessoas que viveram toda a experiência do contato com a loucura.

Sendo assim, em nosso terceiro capítulo, buscamos analisar alguns discursos sobre a Reforma Psiquiátrica, sobre o HCAB e sobre a Reforma Psiquiátrica no HCAB. Foram três eixos que, articulados de forma conjunta, apresentaram a complexidade da loucura, buscando visibilizar sujeitos e lugares, discursos e silenciamentos.

Com isso, pudemos perceber que não há uma memória coletiva sobre a Reforma Psiquiátrica ou sobre o HCAB. Conforme Portelli, devemos falar de culturas no plural, assim como também devemos falar em memórias e não em uma memória única que corresponda a todo o grupo analisado ou a toda sociedade.<sup>593</sup> Nosso terceiro capítulo trouxe as diferentes percepções sobre o HCAB e sobre a Reforma Psiquiátrica que entraram em embate tanto entre os próprios entrevistados, quanto com as leis discutidas no primeiro capítulo.

É inegável que, principalmente os funcionários da instituição, criaram suas memórias a fim de ressaltar seu trabalho para muito além da subsistência e, ainda tentaram reconstruir o passado da instituição com o propósito de trazer em seu discurso experiências e acontecimentos passados como “artes de existência”. O presente apareceu apenas quando foi indagado, assim, a reforma acabou ficando em segundo plano. Do contrário, as memórias do

---

<sup>591</sup> NARDI, Henrique Caetano; RAMMINGER, Tatiana. Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental em tempos de Reforma Psiquiátrica. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 265-287, 2007. p. 268.

<sup>592</sup> FOUCAULT. 2014d. Op. cit.

<sup>593</sup> PORTELLI. 2006. Op. cit.

HCAB apareceram nas narrativas através das relações de produção e de significações do que o hospital já foi e de como os sujeitos que se ligaram a ele, tiveram sua subjetividade produzida em meio às ações diversas que induziram e se respondiam umas às outras.<sup>594</sup>

Contudo, as entrevistas falaram menos sobre eventos do que sobre significados, através da verdade pessoal e imaginação compartilhada.<sup>595</sup> Mesmo as memórias não sendo iguais verificaram-se aproximações diante do compartilhamento coletivo de experiências vividas. Essas aproximações se referiram ao trabalho na instituição, à compreensão da loucura ainda muito biologizada e, por fim, às limitações da Reforma Psiquiátrica em que o HCAB apareceu pouco situado.

Portanto, este trabalho lançou um olhar sobre a Reforma Psiquiátrica no HCAB mostrando as contestações que envolveram a sociedade de uma forma geral, pensando a família dos usuários, a realidade hospitalar e o sistema jurídico. A reconfiguração proposta pela análise do processo de reforma no hospital se sobressaiu muito antes da legitimação de leis, o que afirmou o papel do HCAB enquanto irradiador de uma consciência crítica social e cultural da loucura. Neste sentido, as determinações legais foram mais efeitos do que motores das transformações.

Afinal, não é a instituição que cria poderes, ela mesma é constituída por essas relações diversas que a atravessam. A Reforma Psiquiátrica se encontra delimitada nessa mesma condição, o que responde ao seu caráter processual e inacabado. Nesse viés, nossa pesquisa demonstrou que ainda são conflituosos os caminhos que buscam ressignificar a instituição e o tratamento terapêutico com a noção de tutela.

Autonomia e independência foram as palavras-chave encontradas nos documentos, porém, são enunciados que precisam de um olhar reflexivo para que se possa apreender sua significação, caso contrário, a inclusão exclusiva continuará uma constante. Dessa maneira, é necessário considerar que a Reforma Psiquiátrica é um processo contínuo, assim, os serviços substitutivos, e as instituições psiquiátricas continuam sendo espaços transformadores de produção de novas possibilidades, de práticas e de exercícios diversos, que precisam ser estimulados.

---

<sup>594</sup> DREYFUS, RABINOW. 2013. Op. cit., p. 284.

<sup>595</sup> PORTELLI. 1996. Op. cit.

## FONTES

BRASIL. Ministério da Educação e Saúde. Departamento Nacional de Saúde. **Plano Hospitalar Psiquiátrico**. Sugestões para a ação supletiva da União. 1941. CPDOC FGV, Arquivo Gustavo Capanema – GCh 34.08.03 – doc. N. II-14. Mimeo.

BRASIL. Ministério da Saúde/SAS. **1ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Relatório Final. Brasília: MS/SAS, 1988a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm\\_relat\\_final.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relat_final.pdf)> Acesso em: 16 de set. 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988b.

BRASIL. **Projeto de lei n. 3.657, 1989**. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Brasília, 1989. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>> Acesso em: 20 de set. 2017.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080\\_190990.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm)> Acesso: 15 de set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Encontro de Parlamentares Estaduais sobre Legislação Psiquiátrica no Brasil**. Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde/SAS. **2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. A reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil. Relatório Final. Brasília: MS/SAS, 1994. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf\\_mental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf)> Acesso em: 22 de set. 2017.

BRASIL. **Portaria n. 106, de 11 de fevereiro de 2000**. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Brasília: Ministério da Saúde. 2000. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-106-11-FEVEREIRO-2000.pdf>> Acesso em: 23 de set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Volta para Casa: liberdade e cidadania para quem precisa de cuidados em saúde mental. Brasília: DF. 2003. Disponível em: <

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prog\\_volta\\_para\\_casa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prog_volta_para_casa.pdf)> Acesso em: 17 de fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em saúde mental 1990-2004**. 5.ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>> Acesso em: 17 de fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Residências Terapêuticas**. Brasília, DF. 2004d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório**. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, 2005. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)> Acesso em: 01 de out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CARDOSO, Regina Maria. **Regina Maria Cardoso: entrevista** [22/03/2017]. Entrevistadora: Jakeline Santos Carvalho. Pinhais-PR, 2017.

FIER, Florisvaldo. **Florisvaldo Fier: entrevista** [20/03/2017]. Entrevistadora: Jakeline Santos Carvalho. Curitiba, PR. 2017.

HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO. **Avaliação de Atividades do Programa de Atendimento a Pacientes Crônicos e Asilados**. Pinhais, Paraná. 1983a.

HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO. **Avaliação do projeto de Pavilhão Externo**. Pinhais, Paraná. 02 de março. 1983b.

HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO. **Projeto técnico para reformulação do atendimento aos pacientes de longa permanência do Hospital Colônia Aداuto Botelho**. Pinhais: Paraná. 1989.

HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO. **Tese guia para a 1ª Conferência Local de Saúde Mental do Hospital Colônia Aداuto Botelho**. Pinhais, Paraná. 2002.

HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO. **Projeto de Desinstitucionalização e Ressocialização da Clientela de Longa Permanência e Implantação das Residências Terapêuticas**. Pinhais, Paraná. Maio, 2003.

HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO. **Projeto de Desinstitucionalização e Ressocialização da Clientela de Longa Permanência e Implantação de Residências Terapêuticas, Moradias Assistidas e Unidade Geriátrica**. Pinhais, Paraná. Fev, 2004.

HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO. **Histórico do HCAB**. Pinhais, Paraná. 2005.

HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO. **Programa de Desinstitucionalização: Avaliação dos Usuários de Longa Permanência do Hospital Colônia Aauto Botelho**. Pinhais, Paraná. 2006.

HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO. **Encaminhamentos dos usuários de longa permanência (2002-2009)**. Pinhais, 2009.

HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO. **Projeto de Desinstitucionalização e Ressocialização da Clientela de Longa Permanência 2003-2006**. Pinhais, 2006.

HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO. **Relatório Geral dos Usuários de Longa Permanência**. Pinhais, Paraná. 2007.

LEDRA, Vera L; MARCHAUKOWSKI, Eva T. S.; SCHMOELZ, Isolda. **Vera L. Ledra, Eva T. S. Marchaukowski, Isolda Schmoelz: depoimento ao projeto “Assistência psiquiátrica no Estado do Paraná: Mapeamento e análise histórica das instituições, da legislação e das principais políticas públicas”** [25/09/2009]. Entrevistadores: Yonissa M. Wadi; Attiliana de B. Casagrande; Maurício N. Ouyama. Curitiba, 2009. 01 dvd

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol.1.

PARANÁ. **Projeto de Lei n. 017**. Dispõe sobre a atenção à saúde mental no Paraná, determina a substituição atual modelo hospitalocêntrico no atendimento as doenças mentais por rede de atenção integral em saúde mental, determina regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto as internações psiquiátricas compulsórias e dá outras providências. Curitiba, Pr. 1995.

PARANÁ. Secretaria de Saúde. **Programa FAMOEX: Fazenda Modelo Experimental**. Curitiba, 1987.

PARANÁ, Secretaria de Saúde. **Relatório Final Comissão de Saúde Mental**. Curitiba, Paraná, 1988.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Programa “Saber Viver”**: Promovendo a Saúde Mental no Paraná. Curitiba, Paraná. 2001.

ROCIO, Odair do. **Odair do Rocio**: Entrevista [22/03/2017]. Entrevistadora: Jakeline Santos Carvalho. Pinhais-PR, 2017.

## BIBLIOGRAFIA

- AGAMBEN, Giorgio. **Homo sacer: o poder soberano e a vida nua**. 2. ed. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2010.
- AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro, SDE/ENSP, 1995a.
- AMARANTE, Paulo. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, jul/set, 1995b.
- AMARANTE, Paulo. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In AMARANTE, P. (coord.) **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Nau, 2003. p. 45-66.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, Paulo. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 1, jan-abr. 2009.
- AMARANTE, Paulo. FREITAS, Fernando. **Medicalização em Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2015.
- ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. **Medicina, Leis e Moral: pensamento médico e comportamento no Brasil (1870-1930)**. São Paulo: Fundação Editora da UNESP. 1999.
- ARAÚJO, Cláudio Márcio de. OLIVEIRA, Maria Claudia Santos Lopes de. Contribuições de Bourdieu ao tema do desenvolvimento adolescente em contexto institucional socioeducativo. **Pesquisas e Práticas Psicossociais – PPP** - 8(2), São João del-Rei, julho/dezembro/2014.
- AZAMBUJA, Eliana P. et al . Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um programa de saúde da família. **Texto contexto - enfermagem**. Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 71-79, Mar. 2007.
- BARRETO, Jubel. Melhor prevenir para mais remediar: a prevenção em saúde mental. **Revista APS**, v.8, n.2, p. 1-13, jul./dez. 2005.
- BARROS, R. B.; JOSEPHSON, S. Lares Abridados: dispositivo clínico-político no impasse da relação com a cidade. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 25, n. 58, p. 57-69, maio 2001.
- BIRMAN, Joel. A cidadania tresloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: BEZERRA, JR. B. AMARANTE. P (orgs). **Psiquiatria sem hospício: Contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relumé-Dumará. 1992. p. 71-90.

- BIRMAN, Joel. COSTA, Jurandir. Freire. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Org). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994. p. 41-72.
- BOARINI, Maria Lucia. Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.22, n.4, out.-dez. 2015, p.1231-1248.
- BORBA, Letícia de Oliveira [et al]. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2011; 45(2):442-9. P. 442-449.
- BORGES, Viviane Trindade. Um “depósito de gente”: as marcas do sofrimento e as transformações no antigo Hospital Colônia Sant’Ana e na assistência psiquiátrica em Santa Catarina, 1970-1996. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, out.-dez. 2013, p.1531-1549.
- BRAGA, Ludmila Candida de; CARVALHO, Lidia Raquel de; BINDER, Maria Cecília Pereira. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1585-1596, June 2010.
- BRAVO, M. I. S. e MATOS, M. C. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. S. et alii (org) **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: FSS/UERJ, 2004. p. 25-45.
- BURKE, Peter. A Nova História, seu passado e seu futuro. In: BURKE, Peter (org.). \_\_\_\_\_. **A escrita da História: novas perspectivas**. São Paulo: Editora UNESP. 1992.
- CALICCHIO, Renata Ruiz. **Novas Práticas de Cuidado e Produção de Sentidos no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Análise da Experiência do Grupo Harmonia Enlouquece no campo da Saúde Mental no município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2004. Dissertação (Mestrado em Ciências na Área de Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz – ENSP – FIOCRUZ. 160f.
- CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Riscos psicossociais relacionados ao trabalho das equipes de Saúde da Família: percepções dos profissionais. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 502-507, 2007.
- CANDIOTTO, Cesar. Subjetividade e verdade no último Foucault. **Trans/Form/Ação**, São Paulo, 31(1): 87-103, 2008.

- CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.
- CAPONI, Sandra. **Loucos e Degenerados: Uma genealogia da psiquiatria ampliada**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.
- CASAGRANDE, Attiliana De Bona. **Dependência química, biopolítica e a reconfiguração dos mecanismos disciplinares: a experiência do hospital colônia Adauto Botelho, PR (1983-2012)**. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política. Florianópolis, SC, 2015. 258f.
- COLVERO, Luciana de Almeida. IDE, Cilene Aparecida Costardi. ROLIM, Marli Alves. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2004; 38(2):197-205.
- CONRAD, Peter. **The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders**. Baltimore The Johns Hopkins University Press 2007.
- DALGALARRONDO, Paulo. Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. **Revista de psiquiatria clínica.**, São Paulo, v. 34, supl. 1, p. 25-33, 2007.
- DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- DANNER, Fernando. O Sentido da Biopolítica em Michel Foucault. **Revista Estudos Filosóficos** nº 4/2010 ISSN 2177-2967.
- DIAS, Míriam Thais Guterres. **A Reforma Psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental: uma análise a partir do Serviço Residencial Terapêutico Morada São Pedro**. Tese (Doutorado) – Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação Serviço Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2007. 292f.
- DIAZ, Fernando Sobhie. **Os movimentos sociais na reforma psiquiátrica: o “novo” na história da psiquiatria do Brasil**. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: 2008. 341f.
- DREYFUS, Hubert L. RABINOW, Paul. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013.

- DUARTE, André. Foucault e as novas figuras da biopolítica: o fascismo contemporâneo. In: RAGO, Margareth. VEIGA-NETO, Alfredo. **Para uma vida não-fascista**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.
- DUNKER, Christian Ingo Lenz. e KYRILLOS NETO, Fuad. Sobre a retórica da exclusão: a incidência do discurso ideológico em serviços substitutivos de cuidados psicóticos. **Psicologia, Ciência e Profissão**. 24 (1): 116-125. 2004.
- ELIAS, Norbert. **A sociedade dos indivíduos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.
- ELIAS, Norbert. SCOTSON, John L. **Os estabelecidos e os outsiders**: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2000.
- ELIAS, Norbert. **A solidão dos moribundos**. Seguido de “Envelhecer e Morrer”. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
- FIGUEIRÊDO, Marianna Lima de Rolemberg. DELEVATI, Dalnei Minuzzi. TAVARES, Marcelo Góes. Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. **Ciências humanas e sociais**. Maceió. v. 2. n.2. Nov 2014 . p. 121-136.
- FONTE, Eliane M. Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. **Estudos de Sociologia**, UFPE, Recife, v. 1, n. 18, p.1-20, 2012.
- FOUCAULT, Michel. **O poder psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes. 2006.
- FOUCAULT, Michel. História da loucura: na Idade Clássica. 9 ed. São Paulo: Perspectiva, 2013a.
- FOUCAULT, Michel. **A Ordem do Discurso**: aula inaugural no Cóllege de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 23. ed. São Paulo: Edições Loyola. 2013b.
- FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**: nascimento da prisão. 41. ed. Petrópolis: RJ: Vozes, 2013c.
- FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade II**: o uso dos prazeres. 1. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2014a.
- FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade III**: o cuidado de si. 1. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2014b.
- FOUCAULT, Michel. **Ditos e escritos, volume V**: ética, sexualidade, política. 3 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2014c.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014d.

- FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. 3. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2015a.
- FOUCAULT, Michel. A vida dos homens infames. In: **Ditos e escritos, volume IV: estratégia, poder-saber**. Manoel Barros da Mota (Org). 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2015b.
- FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2017.
- GAZIGNATO, Elaine Cristina da Silva; SILVA, Carlos Roberto de Castro e. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 296-304, June 2014.
- GINZBURG, Carlo. **O fio e os rastros**. Verdadeiro, falso, fictício. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.
- GOFFMAN, Erving. **Estigma: Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**. 4 ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1988.
- GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.
- GUATTARI, Félix. **Revolução molecular: pulsações políticas do desejo**. Brasiliense, São Paulo. 1986.
- GUIMARÃES NETO, Regina B. Los espacios múltiples de la memoria y de la violència: narrativas orales y prácticas culturales entre los trabajadores de la Amazonia, Brasil. **Words and Silence/Palabras y Silencios**, México, v. 3, n. 2, 2006.
- GUIMARÃES, Andréa Noeremberg. **A prática em saúde mental do modelo manicomial ao psicossocial: história contada por profissionais de enfermagem**. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de Concentração em Prática Profissional de Enfermagem Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2011.
- GUIMARÃES, Andréa Noeremberg et al. Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem. **Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 361-369, Jun 2013.
- HEIDRICH, Andréa Valente. **Reforma psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização**. Tese (doutorado) Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Doutorado em serviço Social, Porto Alegre, BR-RS, 2007. 205f. p. 92.

HUERTAS, Rafael. Historia de la Psiquiatría, ¿Por qué?, ¿Para qué? Tradiciones Historiográficas y Nuevas Tendencias. **Frenia. Revista de Historia de la Psiquiatría**, Madrid, v. I, n. 1, 2001, p. 9-36.

HUERTAS, Rafael. Los lugares da la locura: reflexiones en torno a los manicomios y su papel en la génesis y el desarrollo de la psiquiatría. **Arbor**. Ciencia, Pensamiento y Cultura, v. CLXXXIV, n. 731, mayo-junio 2008, p. 471-480.

Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES). **Estado do Paraná. Divisão Política 1950** (s.e.) 2017.

KHOURY, Yara Aun. Apresentação. In: PORTELLI, Alessandro. **Ensaio de história oral**. São Paulo: Letra e voz, 2010. p. 7-18.

LANCETTI, Antonio. Loucura Metódica. In: LANCETTI, Antonio. **Saúde Loucura nº 02**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 139-147.

LÜCHMANN, L.H.H.; RODRIGUES, J. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.2., p.399-407, 2007.

MACHADO, Roberto. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 28. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

NARDI, Henrique Caetano; RAMMINGER, Tatiana. Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental em tempos de Reforma Psiquiátrica. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 265-287, 2007.

NUNES, Karla Gomes; GUARESCHI, Neuza M. de F.. Da substituição à alternância: a legislação em saúde mental e a rede de serviços na cidade de Porto Alegre. **Aletheia**, Canoas, n. 35-36, p. 137-153, dez. 2011 .

OLIVEIRA, Alice G. Bottaro de. Neiry ALESSI, Primo. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. maio-junho; 11(3): 333-40, 2003.

ORTIZ, Renato. **Pierre Bourdieu: Sociologia**. São Paulo: Ática. 1983. p. 65.

PASSERINI, Luisa. A “lacuna” do presente. In: FERREIRA, Marieta M.; AMADO, Janaina (Org.). **Usos & abusos da história oral**. 8. ed. - Rio de Janeiro: Editora FGV. 2006. p. 211-2014.

PEREIRA, Rosemary Corrêa. **Políticas de Saúde Mental no Brasil: O Processo de Formulação da Lei de Reforma Psiquiátrica (10.216/01)**. Tese (Doutorado em Ciências na Área de Saúde) Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz – ENSP – FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2004. 245f.

PINTO, Alessandra Teixeira Marques. FERREIRA, Arthur Arruda Leal. Problematizando a reforma psiquiátrica brasileira: a genealogia da reabilitação psicossocial. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 1, p. 27-34, jan./mar. 2010.

PINTO, Vanessa Andrade Martins. **Oficinas terapêuticas em saúde mental**: um olhar na perspectiva dos usuários do caps. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Rio de Janeiro: UFRJ/ EEAN, 2011. 103f.

POMBO, Ricieli Majorí Reis. **A nova política de saúde mental**: entre o precipício e paredes sem muros (Uberlândia – 1984/2006). Dissertação (Mestrado em História) Universidade Federal de Uberlândia – UFU. Uberlândia, 2007. 205f.

PORTELLI, Alessandro. A Filosofia e os Fatos: Narração, interpretação e significado nas memórias e nas fontes orais. **Tempo**, Rio de Janeiro, vol. 1, n. 2, 1996, p. 59-72.

PORTELLI, Alessandro. **Tentando aprender um pouquinho**: algumas reflexões sobre a ética na História Oral. Projeto História 15. São Paulo, 1997.

PORTELLI, Alessandro. O massacre de Civitella Val di Chiana (Toscana, 29 de junho de 1944): mito e política, luto e senso comum. In: FERREIRA, Marieta M.; AMADO, Janaina (Org.). **Usos & abusos da história oral**. 8. ed. - Rio de Janeiro: Editora FGV. 2006. p. 103-130.

PORTELLI, Alessandro. **Ensaio de história oral**. São Paulo: Letra e voz, 2010.

PORTELLI, Alessandro. **História oral como arte da escuta**. São Paulo: Letra e Voz, 2016.

PRADO, G. A. S. Revisitando a História da loucura: experiência trágica, exclusão, captura e tutela. **ECOS**. Estudos Contemporâneos da Subjetividade. v. 6, n. 2, p. 223-238, 2016.

PRADO, Guilherme Augusto Souza. Revisitando a História da loucura: experiência trágica, exclusão, captura e tutela. **Estudos Contemporâneos da Subjetividade**. v. 6, n. 2, 2016, 223-238.

RAUTER, Cristina. Oficinas para quê? Uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas. In: AMARANTE, Paulo., org. **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

RICOEUR, Paul. **A memória, a história, o esquecimento**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2007.

ROTELLI, Franco. Empresa social: construindo sujeitos e direitos. In: AMARANTE, Paulo (Org). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. p. 301-306.

SACRISTÁN, Cristina. Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De hagiografía a la historia posmoderna. **Frenia: Revista de Historia de la Psiquiatría**. Madrid, v. V, n. 1, 2005, p. 9-33.

SACRISTÁN, Cristina. La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. **Cuicuilco**. Vol. 16, número 45, enero-abril, 2009. p. 163-189.

SAITO, Danielle Yuri Takauti et al . Usuário, cliente ou paciente?: qual o termo mais utilizado pelos estudantes de enfermagem?. **Texto & contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 175-183, Mar. 2013.

SCHMIDT, Benito Bisso. Do que falamos quando empregamos o termo “subjetividade” na prática de história oral? In: In: LAVERDI [et al]. **História oral, desigualdades e diferenças**. Recife: Ed. Universitária da UFPE; Florianópolis: Ed. Da UFSC, 2012. p. 83-95.

SCHNEIDER, Alessandra Ritzel dos Santos. A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 78-84, jul./dez. 2009.

SCOTT. Joan. A invisibilidade da experiência. **Projeto História**. São Paulo, (16), fev. 1998. p. 27.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002.

TORRE, Henrique. Guimarães. AMARANTE, Paulo. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6(1):73-85, 2001.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. **A reforma psiquiátrica como empresa social: um estudo sobre a reorientação do modelo assistencial nas políticas públicas de saúde mental**. Dissertação (Mestrado em Ciências na Área de Saúde) Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz – ENSP – FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2004. 192f.

TÓTORA, Silvana. Foucault: biopolítica e governamentalidade neoliberal. **Revista de Estudos Universitários - REU**, [S.l.], v. 37, n. 2, p. p. 81-100, jan. 2012. ISSN 2177-5788.

VENÂNCIO, Ana Teresa. A Construção Social da Pessoa e a Psiquiatria: Do Alienismo à "Nova Psiquiatria". **PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva**. Vol. 3. Número 2. 1993. p. 117-135.

VENÂNCIO, 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, v.18, supl.1, dez. 2011, p. 35-52.

- VOIGT, Leo. **A formação do PT: esboço de reconstrução histórica.** Porto Alegre. Dissertação (Mestrado) Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1990.
- VOLDMAN, Danièle. A invenção do depoimento oral. In: In: FERREIRA, Marieta M.; AMADO, Janaina (Org.). **Usos & abusos da história oral.** 8. ed. - Rio de Janeiro: Editora FGV. 2006b. p. 247-265.
- VOLDMAN, Danièle. Definições e Usos. In: FERREIRA, Marieta M.; AMADO, Janaina (Org.). **Usos & abusos da história oral.** 8. ed. - Rio de Janeiro: Editora FGV. 2006a. p. 33-41.
- WADI, Yonissa Marmitt. **Palácio para guardar doidos: uma história das lutas pela construção do hospital de alienados e da psiquiatria no Rio Grande do Sul.** Porto Alegre, Editora da UFRGS, 2002, 256p.
- WADI, Yonissa Marmitt. Uma história da loucura no tempo presente: os caminhos da assistência e da reforma psiquiátrica no Estado do Paraná. **Revista Tempo e Argumento.** Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 68 – 98, jan./jun. 2009.
- WADI, Yonissa M. CASAGRANDE, Attiliana De Bona. Os primeiros anos do Hospital Colônia Aduino Botelho: em busca de uma instituição modelar (Paraná, 1954-1958). **Anais do XXVI Simpósio Nacional de História,** ANPUH. São Paulo, julho 2011. p. 1-18.
- WADI, Yonissa Marmitt. “Entre muros”: os loucos contam o hospício. **Topoi,** v. 12, n. 22, jan.-jun. 2011, p. 250-269.
- WADI, Yonissa Marmitt. **Instituições de Assistência Psiquiátrica do Estado do Paraná.** Inventário. 1. ed. Guarapuava - Cascavel: Editora UNICENTRO; EDUNIOESTE, 2012.
- WADI, Yonissa Marmitt; CASAGRANDE, Attiliana De Bona. Políticas de saúde e assistência psiquiátrica no Brasil: o ideário dos hospitais-colônia e a construção do Aduino Botelho no Paraná, anos 1950. **Trashumante.** Revista Americana de Historia Social, n. 5, p.174-198, 2015a.
- WADI, Yonissa Marmitt; OLINTO, Beatriz Anselmo; CASAGRANDE, Attiliana De Bona. Filantropia, privatização e reforma: cenários da assistência psiquiátrica no estado do Paraná. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos,** Rio de Janeiro, v.22, n.4, out.-dez. 2015b. p.1353-1371.
- YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira.** Tese (Doutorado em Ciências na Área de Saúde) Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz – ENSP – FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2006. 208f.