



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

CRISTINA BASTOS ALVES LINS

**HOSPITAL DIA, SUBJETIVIDADE E RELAÇÕES DE PODER:
UM ESTUDO DE CASO**

**Belém- Pará
2007**

CRISTINA BASTOS ALVES LINS

**HOSPITAL DIA, SUBJETIVIDADE E RELAÇÕES DE PODER:
UM ESTUDO DE CASO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Social (Mestrado), do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Pará, como requisito para a obtenção do título de Mestre, orientada pelo Professor Ernani Pinheiro Chaves.

BELÉM
2007

CRISTINA BASTOS ALVES LINS

**HOSPITAL DIA, SUBJETIVIDADE E RELAÇÕES DE PODER:
UM ESTUDO DE CASO**

Data de Aprovação: abril/2007

Avaliado por:

Prof. Dr. Ernani Pinheiro Chaves- UFPA - Orientador

Prof^ª. Dr^ª. Ana Cristina Costa Figueiredo- UFRJ – (examinadora externa)

Prof. Dr. Janari da Silva Pedroso – UFPA – (examinador interno)

AOS MEUS PAIS PELAS OPORTUNIDADES QUE ME DERAM.
À MINHA FAMÍLIA COM QUEM APRENDO A CADA DIA.
À MINHA TIA MARLENE (in memoriam).

AGRADECIMENTOS

AO MEU ORIENTADOR QUE NÃO ME DEIXOU FAZER UM VÔO CEGO.

AOS AMIGOS PELO APOIO E INCENTIVO.

AOS PROFISSIONAIS DO HOSPITAL DIA PELA COMPREENSÃO NAS MINHAS AUSENCIAS QUANDO ESTAVA IMERSA NA ESCRITA DESTA DISSERTAÇÃO E, PRINCIPALMENTE, PELA POSSIBILIDADE DE ESTABELECERMOS UMA CONVIVÊNCIA TÃO PRODUTIVA.

LINS, Cristina B. A. **HOSPITAL DIA, SUBJETIVIDADE E RELAÇÃO DE PODER: um estudo de caso**. 2007. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Social). Universidade Federal do Pará.

RESUMO

Analisa as relações de poder que, porventura, ainda exista no Hospital Dia da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna tendo em vista a Reforma Psiquiátrica instaurada no Brasil. Pauta-se no que se chama de “observação participante”, um método mais próximo da etnografia, originado na Antropologia, cita falas, descreve fatos e situações presenciadas e registradas nas reuniões técnicas, assembleias, reuniões administrativas e em outros espaços coletivos. Inicia descrevendo o funcionamento do HD, apresenta a Reforma Psiquiátrica evidenciando seus valores e conceitos organizativos no Brasil e no Pará, sequencialmente traz a teoria de Foucault sobre a concepção de poder e o paradigma da disciplina relacionando-a com a reforma psiquiátrica. Finaliza com a análise acerca do cotidiano do funcionamento do HD, argumentando que apesar da reforma na assistência psiquiátrica o HD ainda se apresenta de acordo com o paradigma da disciplina conforme descrito por Foucault, utilizando-se de táticas e estratégias de tal forma a intensificar a normalização e a disciplinarização dos corpos e com isso constrói uma subjetividade que se afasta das singularidades dos sujeitos impossibilitando o que preconiza a Reforma, ou seja, a valorização do sujeito, sua fala, suas condições de vida e sua participação na assistência recuperando sua autonomia e sua competência social refletindo suas conquistas possíveis. Conclui que os profissionais do HD precisam de um referencial teórico para repensar e questionar seus saberes e práticas que não seja apenas o da psiquiatria, para pensar suas relações com os pacientes e familiares, principalmente no que se refere aos conceitos de vínculo, transferência e reforma psiquiátrica.

Palavras-chaves: poder disciplinar, assistência psiquiátrica, hospital dia, reforma psiquiátrica, relação de poder.

LINS, Cristina B. A. **HOSPITAL DIA, SUBJETIVIDADE E RELAÇÃO DE PODER: um estudo de caso.** 2007. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Social). Universidade Federal do Pará.

ABSTRACT

This paper analyses the power relationships that, possibly still exist in the Day Hospital (DH) of the Gaspar Vianna Hospital of Clinics Foundation, having in view the psychiatric reform established in Brazil. It is ruled by what is known as “participant observation”, a closer method to ethnography, originated on Anthropology, it mentions talks, describes assisted and registered facts and situations in technical meetings, assemblies, administrative meetings and in other common spaces. It starts describing the operation of DH, presents the Psychiatric Reform making evident its organizative values and concepts in Brazil and in Pará. It brings sequentially the theory of Foucault about the conception of power and of the paradigm of discipline connecting it with the psychiatric reform. It finishes with the analysis about the everyday operation of DH, debating that, in spite of the reform in the psychiatric assistance, the DH is still in accordance with the paradigm of discipline, as described by Foucault, making use of tactics and of strategies in such a way to intensify the normalization and the disciplinarization of the corps and thus, it builds a subjectivity that averts from the singularities of the fellows, making impossible what the Reform preconizes, in other words, the valorization of the fellow, his talk, his conditions of life and his participation in the assistance, recuperating his autonomy and his social competency, reflecting his possible conquests. It concludes that the personnel of the DH need a theoretical set of references in order to reconsidering and putting in question their knowledge and practice which isn't only that one of the psychiatric, to think their relationships with the patients and their families, specially in what it refers to the concepts of links, transference and psychiatric reform.

Key Words: disciplinar power, psychiatric assistance, day hospital, psychiatric reform, power relationship.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 O HOSPITAL-DIA	16
3 A REFORMA DA ASSISTÊNCIA PSQUIÁTRICA	27
3.1 CONCEITOS E VALORES ORGANIZATIVOS	27
4 O PARADIGMA DA DISCIPLINA E O ESPAÇO ASILAR	39
5 AS RELAÇÕES DE PODER E O HOSPITAL-DIA	53
6 CONCLUSÃO	70
BIBLIOGRAFIA	72
ANEXO A : Prontuário	81
ANEXO B: Planejamento Terapêutico	91
ANEXO C: Parecer do Comitê de Ética	94

1 INTRODUÇÃO

Como psicóloga no campo da saúde mental desde 1992, tenho sido levada a algumas reflexões e mais especificamente à elaboração de perguntas e à formulação de idéias acerca dos acontecimentos observados em meu trabalho. Estas perguntas me conduziram ao Curso de Mestrado, momento propício para mergulhar em um processo criativo, de mudança e de buscar respostas, sabendo que serão sempre respostas parciais, mas que cumprirão seu papel de abrir novos caminhos.

Minha primeira indagação veio da vivência cotidiana em um Hospital-Dia Psiquiátrico, onde, ao se anunciar a alta de um paciente, observávamos mudanças no comportamento de seus familiares. Estes, que experimentavam esse momento, passavam a se queixar mais freqüentemente, acentuavam os aspectos negativos da doença de seu paciente, pareciam procurar por diferentes maneiras adiar a alta anunciada.

E, a pergunta que me ocorria era: “Por que as famílias não aceitavam a alta hospitalar de seus pacientes? Minha hipótese era a de que acontecia algo na relação dos profissionais com estes familiares que ao invés de favorecerem a alta, dificultavam-na. Daí surgia outra pergunta: - De onde vinha essa dificuldade?

Da parte dos familiares, especulava se eles poderiam estar temendo a liberdade, à medida em que isto significaria deixar de estar à sombra da instituição. O que exigiria deles que preenchessem o vazio que surgia com a alta com outro conteúdo que seria o de sua autonomia.

Mas, não era esta a questão que mais me inquietava. Por isso, não a tomei como meu objeto de estudo, deixando-a para outros pesquisadores ou quem sabe para um outro momento de minha vida. Meu foco sempre esteve no estudo da equipe de profissionais com a sua implicação no modo de agir dos pacientes e dos familiares.

Neste momento, desejo centrar meus estudos no que acontece com a equipe de profissionais e os pacientes atendidos no Hospital-Dia (HD) da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FHCGV), da cidade de Belém-Pará. Gostaria de desvendar esta realidade, no sentido de perceber que algo mudou ou precisa ser mudado e que se devem buscar alternativas para compreender e enfrentar essa mudança, ou seja, é preciso tomar decisões, fazer escolhas e assumi-las.

Início reconhecendo que a psiquiatria, tal qual a conhecemos hoje, não apenas enquanto ciência médica, mas também como modelo de atenção à doença mental, encontra suas origens no final do século XVIII e seu desenvolvimento ao longo dos séculos XIX e XX.

No Brasil, especificamente a partir do século XXI, com a aprovação da Lei nº. 10216, de 06.04.2001 encaminha-se para a consolidação de um modelo de assistência que substitui os hospitais psiquiátricos por outros dispositivos como: hospitais-dia, centros de atenção psicossociais, lares abrigados, residências terapêuticas. Esses serviços deverão sustentar esta psiquiatria em transformação, num esforço de desinstitucionalizar o doente mental, garantido por programas de reabilitação e de reinserção social desenvolvidos por médicos psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e outros profissionais hoje envolvidos no crescente campo da assistência psiquiátrica.

Por isso, acredito ser importante pensar sobre a capacidade desta equipe de lidar com o aparecimento desta nova situação, em contrapartida com a persistência dos problemas do doente mental. O que mudou ou está mudando para ser mais exata, é a expectativa em relação à prática destes profissionais que, na tendência atual das políticas de saúde mental, teriam que passar a valorizar o ponto de vista do doente, de sua fala, de suas condições de vida e de sua participação na assistência, enquanto que as manifestações da loucura continuam as mesmas.

Essas reflexões se fazem necessárias, pois a instalação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, após a reforma psiquiátrica em questão, a inserção de novos saberes na terapêutica a partir da implantação de equipes multidisciplinares nestes serviços, assim como a mobilização dos poderes públicos e das organizações comunitárias não são a garantia de uma direção ética na conduta clínica, pois o que notamos são muitas práticas favorecendo ou promovendo a exclusão e alienação de seus doentes mentais.

Considerando que *reforma* indica remodelar, restaurar, ou seja, parte-se de um movimento de um estado para outro, a reforma psiquiátrica pode ter identificado como ponto crítico de desejo de mudança a exclusão social do louco, “concretizada em dois planos: a anulação simbólica do poder de verdade de sua palavra e a prática sistemática da internação asilar” (TENÓRIO, 2001, p.56). Este era o “modelo hospitalocêntrico” da assistência psiquiátrica que a reforma se propôs reorganizar (ibid).

Continuo a pensar que, apesar de se terem criado outros dispositivos para substituir as práticas de internação asilar, ainda se oferece uma prática que privilegia a atenção ao sintoma, à doença, à monitoração de estabilização dos pacientes. Estas que, ao meu entender, são ações terapêuticas que pouco ou nada mudam nas condições subjetivas do paciente e de seus

familiares em lidar com sua doença ou de prosseguir sua vida com as dificuldades que a doença acarreta. Suas práticas estão voltadas para uma pedagogia da sociabilidade, não se orientando pela necessidade de apreender e responder às singularidades de cada paciente.

Sendo assim, a realidade que percebo, e que permeia as práticas da equipe multiprofissional, ainda é aquela na qual os profissionais estão muitas vezes identificados com as relações de opressão, que submetem os pacientes e os familiares, porque “possuem” um poder que lhes é delegado pela propriedade do saber, saber inclusive que lhes dá o poder de decidir sobre a alta hospitalar do paciente, ou seja, a possibilidade de saber a hora em que podem “libertá-los”.

Resta-me descrever e questionar esta realidade percebida. “A crítica às instituições e aos ambientes terapêuticos burocratizados e homogeneizantes já é bastante difundida na cultura da reforma” (TENÓRIO, 2001, p. 58), mas acredito que este estudo contribuirá para uma compreensão mais profunda e detalhada do nosso fazer no Hospital-Dia. A motivação para a pesquisa é a compreensão – muito mais do que querer justificar ou buscar aplicações imediatas. Não busco propriedades universais, ou seja, aquelas que podem ser observadas em uma vasta gama de serviços, mas as peculiaridades do serviço de Hospital-Dia da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FHCGV).

Foi a partir deste pensar que defini meu objetivo de pesquisa — se estes profissionais e pacientes estão aprisionados pelo paradigma do poder, imersos em sua própria engrenagem de estrutura dominadora, proponho-me avaliar a questão da subjetividade e das relações de poder neste Hospital-Dia.

Considerando que os indivíduos, enredados nas relações de poder, passam a ter seus comportamentos e ações modeladas pelas regras, pelas leis, pelos modelos e pelas idéias de conduta que lhes são “impostas” pelo meio em que se inserem, produzindo formas de pensar, sentir ou agir que se constituirão em subjetividades deste grupo afastando-se cada vez mais das singularidades dos indivíduos que o compõem.

A subjetividade, para Foucault, é essencialmente produzida. Não é algo natural da essência do indivíduo e sim algo que se constrói nas relações deste indivíduo com o contexto em que vive. Então, as práticas e os discursos realizados a partir de um dado conhecimento, são produtores de subjetividades e são exercícios de poder do cotidiano de uma escola, de um hospital, de um local de trabalho e de um hospital-dia (AMARANTE e TORRE, 2001).

Nada mudará na sociedade, se não for a partir do conhecimento, “a implantação de novos modelos não se dá por decreto” (DELOSSI, 2003. p.118). No campo da saúde mental, a

Reforma Psiquiátrica não pode ser um processo restrito a um processo técnico e administrativo, é necessário que seja um processo político, social e cultural. Os sujeitos envolvidos devem estar voltados para a construção de novos saberes em relação aos conceitos de doença mental, de periculosidade e de alienação. Devem romper com o modelo que indica o isolamento, a pedagogia da ordem e da sociabilidade juntamente com a normalização como um ato terapêutico (AMARANTE e TORRE, 2001).

Um exemplo fundamental aqui são as Assembléias Gerais que têm lugar no Hospital-Dia, descritas como um espaço educativo por favorecer a autonomia, ou seja, propiciar a capacidade de criticar, no sentido de possibilitar aos pacientes e familiares o questionamento dos objetivos e dos princípios do serviço, podendo perguntar quando algo não está ocorrendo “como deveria”, aumentando, conseqüentemente, o fluxo da informação corretiva.

Refiro-me às relações de poder, porque o que de fato acontece nestes espaços é uma submissão envolvendo tanto pacientes como familiares, onde não se vê apenas a ausência de manifestação dos sentimentos, mas de reflexão crítica e criativa.

Esta situação pode ser pensada a partir do comportamento dos próprios profissionais, que têm como objetivo explícito de suas ações, a busca da transformação dessa obediência receptiva em interesse inovador, representado por comportamentos autônomos. Contudo, na prática cotidiana, estão criando e mantendo um espaço onde só são permitidas as experiências passivas com ausência de oportunidades para exercerem controle sobre a organização de suas próprias vidas.

Uso Foucault como interlocutor por considerar suas contribuições valiosas para pensarmos a relação da equipe de profissionais com os pacientes e com familiares.

Foucault e Basaglia são as principais referências, mas não únicas para o surgimento de um movimento antimanicomial no Brasil. A importância deles se deve à disseminação de suas idéias que produziram a criação e o fortalecimento de grupos de discussão que geraram mudanças na realidade psiquiátrica brasileira. Entretanto, para o objetivo deste trabalho, como disse acima, usarei Foucault como meu interlocutor por abordar conceitos que serão de valiosa contribuição para pensar as relações estabelecidas e presentes na prática do Hospital-Dia.

Outro ponto, que se faz necessário esclarecer, diz respeito à escolha de determinado vocabulário em detrimento de outro. Por vivenciar e experienciar práticas na realidade por mim descrita, usarei o vocabulário adotado nas práticas do Hospital-Dia da FHCGV. Sendo assim, termos como: paciente, cliente, doente mental, paciente psiquiátrico, louco, psicótico,

portador de sofrimento psíquico e usuário de serviço de saúde mental serão usados, ao longo deste trabalho, da mesma forma como são usados pelos profissionais do HD para designar as pessoas em tratamento psiquiátrico, embora seja de conhecimento dos profissionais da área que estes termos refletem diferentes concepções teóricas e posicionamento político dentro da rede pública de saúde.

Proponho-me, também, a acrescentar algo à realidade estudada. Talvez até já se tenham percebido esses problemas, mas não de forma tão clara, resultado da reflexão acerca dos dados e informações já existentes dentro de uma linguagem acessível e inteligível a toda a equipe, podendo ampliar o conhecimento do cotidiano já conhecido e tão mecanizado. Nesta perspectiva, tenho a pretensão de estar “produzindo uma nova e intrigante etnografia de nós mesmos” (DURHAM, 1997, p.17).

Para que isso possa ser possível, em alguns momentos terei de deixar de ser a psicóloga do Hospital-Dia para que me colocar no lugar do “pesquisador”, mantendo certa distância do problema a ser pesquisado, para poder interpretá-lo e dar-lhe diferentes e novos sentidos. Como auxílio, usarei teorias e trabalhos que já foram escritos a respeito do tema a que me proponho pesquisar, o que vai permitir a ampliação de minha consciência do problema, possibilitando atribuir e construir outros significados para a realidade da relação entre profissionais e pacientes, dentro de um serviço de saúde mental.

A sistematização destes dados tem como expectativa contribuir para a transformação da realidade hoje percebida e vivida nos serviços de saúde mental e isso poderá gerar outras perguntas relacionadas às práticas dos profissionais e também às instituições. Entretanto, estas serão generalizações ainda no campo do provável, pois o estudo se deterá em situações e em dados do Hospital-Dia da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna — referência em psiquiatria no Estado do Pará.

Do ponto de vista metodológico, pretendo partir de teorias que tratam das relações estabelecida entre profissionais e pacientes nas instituições hospitalares, abordando a história do tratamento dos doentes mentais, a reforma psiquiátrica e, mais especificamente, a reforma da assistência psiquiátrica no Brasil. Relaciono-as a um contexto histórico, compreendendo que esta reforma é muito recente e ainda sofre grande influência da história passada, em especial de como os doentes mentais eram tratados e de como isso repercute no presente.

Para pensar o paradigma da disciplina, pautarei minha compreensão em alguns textos de Michel Foucault: *Vigiar e Punir*, que trata do poder disciplinar, *O Nascimento do Hospital*, que trata do aparecimento do hospital na tecnologia médica, tendo em vista a história, a

política e os objetivos fundadores do hospital desde o final do século XVIII até o século XX e *A Casa dos Loucos*, que busca compreender a posição do louco e do psiquiatra no interior do espaço asilar desde o século XVIII até o século XX, passando pela Psiquiatria Moderna, pela Despsiquiatrização, até a Antipsiquiatria, até chegar à Reforma Psiquiátrica. Neste ponto, usarei Joel Birman, Jurandir Freire Costa e Paulo Amarante para falar da Reforma no Brasil.

Para tratar da Reforma na Assistência Psiquiátrica no Pará, terei como referencia a Dissertação (Mestrado) de Pedroso (1999) por ser uma produção acadêmica baseada no estudo histórico das ações, nos discursos dos gestores e dos personagens da assistência psiquiátrica paraense no período de 1833 a 1984.

A base de minha pesquisa, como já foi dito, é a realidade do Hospital-Dia da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, a forma como eu a percebo, o que me possibilita compará-la com a realidade que é descrita na literatura científica. Quanto à metodologia adotada, não poderia deixar de citar o trabalho de Ana Cristina Figueiredo em seu livro *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório* (FIGUEIREDO, 2004) cuja leitura influenciou-me e abriu caminhos e possibilidades metodológicas para esta pesquisa, assim como o considero uma referência para se pensar "as possibilidades e limites da clínica psicanalítica nos serviços de saúde da rede pública em geral" (ibidem, p. 16).

Minha atitude como pesquisadora pauta-se no que se chama de "observação participante", um método mais próximo da etnografia, originado na Antropologia. Uma característica "operacional" importante desse método é o "caderno de campo", em que fazemos todas as anotações possíveis do que se observa. Citarei falas e descreverei as situações, o mais literalmente possível e a partir desses dados construirei minha argumentação, considerando os referenciais teóricos.

Nesta perspectiva, Cardoso (1997) valoriza o pesquisador capaz de uma boa interação pela possibilidade deste ser considerado um porta-voz do grupo ao qual pertence e do qual pretende falar, tornando-se capaz de fotografar a realidade vivida, estampando as situações de vida que estão escondidas e que, só por vir à luz, tornam-se elementos de denúncia do *status quo*.

Esta posição defende a observação participante como método de pesquisa, mesmo considerando que, por existir esta intimidade entre pesquisador e pesquisado, pode haver um deslize semântico, passando de observador participante para "participação observante" (DURHAM, 1997, p. 27) valorizando-se a subjetividade do observador. A inversão da técnica justifica-se como uma forma de aproximar para conhecer.

As pesquisas participantes são, muitas vezes, apresentadas como formas de levar ao grupo, a consciência de sua situação. Esta convivência e a afetividade permitem chegar mais perto e mais fundo aos significados escondidos para ambos, pesquisador e pesquisado (CARDOSO, 1997).

A prática de pesquisa que procura este tipo de contato deve valorizar a observação tanto quanto a participação. Se a última é condição necessária para um contato onde afeto e razão se completam, a primeira fornece a medida das coisas. Observar é contar, descrever e situar os fatos únicos e cotidianos, construindo cadeias de significação (CARDOSO, 1997, p. 103) .

Por isso, estruturei este trabalho da seguinte maneira: na primeira parte desta pesquisa, constituindo o primeiro capítulo, apresento o Hospital-Dia da Fundação Pública Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, local onde desenvolvi a pesquisa; descrevo com detalhes sua estrutura, sua localização dentro da distribuição dos Serviços, sua regulamentação legal, clientela, recursos terapêuticos, equipe de profissionais, suas normas e rotinas.

No segundo capítulo, abordo a Reforma da Assistência Psiquiátrica, enfocando principalmente os conceitos e os valores que a organizam e repercutem aqui no Estado do Pará e mais precisamente no HD/FHCGV. Enfatizo o HD como um serviço substitutivo e indico o objetivo de suas ações terapêuticas. Trabalho com o referencial teórico produzido acerca da reforma e com aqueles que a influenciaram. Procuro trazer à luz os pressupostos de um paradigma que se pretende superar, ou seja, aquele que leva as pessoas a superestimar a tutela do paciente mental ao considerarem este como um objeto possuidor de uma doença organicamente determinada, e com eles trabalham, lançando mão de condutas prescritas segundo uma lógica apriorística e externa a ele, desconsiderando sua subjetividade e conseqüentemente suas singularidades. Mas também ressalto as ações terapêuticas que visam ao sujeito e não à sua doença. Uso como comentadores autores como Joel Birman, Paulo Amarante e Jurandir Freire Costa e Fernando Tenório.

No terceiro capítulo, trago as contribuições de Foucault, possibilitando a abertura de uma perspectiva inovadora para estes trabalhadores do HD. Suas referências às modalidades do poder disciplinar contribuem para uma reflexão crítica sobre a assistência psiquiátrica, dentro dos novos dispositivos de saúde mental. Enfim, é do ponto de vista da assistência psiquiátrica após a reforma que abordo o pensamento de Foucault, já que pretendo lançar mão de suas idéias e suas críticas para repensar nossas práticas, destacando o poder enquanto relação de forças e valorizo a articulação feita por ele entre subjetividade e poder.

Ao quarto e último capítulo, reservo às minhas análises sobre a questão da subjetividade e as relações de poder no Hospital-Dia. Articulo os conteúdos dos capítulos precedentes, ilustrando com fragmentos de situações observadas ou experienciadas. Valho-me de contribuições da psicanálise, no que se refere ao campo transferencial para pensar e iniciar uma discussão acerca da possibilidade deste referencial auxiliar ou indicar uma direção para o tratamento da psicose, reconhecendo suas diferenças. Não proponho o tratamento psicanalítico *stricto sensu* e sim que a psicanálise ajude-nos a compreender o nosso fazer e a nossa relação com os clientes e com familiares nos diferentes momentos de nossa assistência.

2 O HOSPITAL-DIA

O Hospital-Dia na assistência em saúde mental foi institucionalizado pela Portaria da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (SNAS) nº. 224, de 29 de janeiro de 1992 e “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” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Todo Hospital-Dia deve ter um plano terapêutico que deve disponibilizar atividades nos 05 dias da semana, de segunda a sexta-feira, com uma carga horária de oito horas para cada paciente. Esta forma de atenção caracteriza o que é chamado na Portaria/SNAS 224 como “cuidados intensivos” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p.246).

Segundo a mesma Portaria, o Hospital-Dia deve situar-se em área específica, independente da estrutura hospitalar, contando com salas para trabalho em grupo, sala de refeições, área externa para atividades ao ar livre e leitos para repouso eventual. Deverá estar integrado à rede descentralizada e hierarquizada de cuidados de saúde mental.

Aos pacientes de Hospital-Dia deverão ser disponibilizadas as atividades de: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, dentre outros); atendimento grupal (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras); visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias visando trabalhar a integração do paciente doente mental na comunidade e sua inserção social. Os pacientes deverão fazer as refeições no Hospital-Dia (café da manhã, almoço e lanche).

Sua equipe multiprofissional deverá ser composta de um médico psiquiatra; um enfermeiro; quatro outros profissionais de nível superior entre eles o psicólogo, o enfermeiro,

o assistente social, o terapeuta ocupacional e outro profissional necessário à realização das atividades disponibilizadas. Profissionais de nível médio e elementar em número adequado ao desenvolvimento das atividades do serviço. Este quantitativo deve corresponder a cada turno de 04 horas para um grupo de 30 pacientes-dia.

As atividades do Hospital-Dia são financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e remuneradas por AIH (Autorização de Internação Hospitalar) que incluem o pagamento de 05 diárias por semana pelo máximo de 45 dias corridos.

O Ministério da Saúde (2004) institui que os serviços de atenção à saúde mental estejam organizados constituindo uma rede distribuída em territórios. Consideram-se territórios uma área geográfica e os recursos sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte, etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.), culturais, religiosos e de lazer neles disponíveis. Estão incluídos nesta rede: a Atenção Básica, as Residências Terapêuticas, os Ambulatórios, os Centros de Convivência, os Centros de Atenção Psicossocial, os Hospitais dia, os Clubes de Lazer, entre outros.

Segundo as Diretrizes Gerais do SUS, os serviços de saúde mental têm-se dedicado à desinstitucionalização de pacientes cronicamente asilados, ao tratamento de casos graves e às crises. Uma grande parte do sofrimento psíquico menos grave continua sendo objeto do trabalho de ambulatórios e da Atenção Básica. Pelas estimativas internacionais e do Ministério da Saúde, 3% da população (5 milhões de pessoas) necessita de cuidados contínuos (transtornos mentais severos e persistentes) e mais 9% (totalizando 12% da população geral do país – 20 milhões de pessoas) precisam de atendimento eventual (transtornos menos graves) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A Fundação Pública Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FHCGV) é a única referência psiquiátrica do Estado do Pará. Possui em sua estrutura organizacional a Clínica Psiquiátrica, composta pelos serviços de Emergência Psiquiátrica, Internação Psiquiátrica (SIP), Hospital-Dia (HD) e Ambulatório.

O Hospital-Dia (HD) da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna foi criado com o objetivo de abreviar o tempo de internação das pessoas com transtorno mental severo, ou seja, pessoas com grave comprometimento psíquico como psicoses e neuroses graves (BRASIL, 2004), recebendo pacientes egressos, principalmente, da Internação Psiquiátrica (SIP). Também, recebe pacientes da Emergência Psiquiátrica da mesma instituição, assim como pacientes encaminhados de outros serviços de saúde mental e de demanda espontânea.

Em reunião com o chefe da Clínica Psiquiátrica da FHCGV em maio de 2005, ficou definido que, prioritariamente, a clientela do HD deve ser de pacientes egressos da Internação Psiquiátrica do Hospital de Clínicas.

O Hospital-Dia tem 50 vagas cadastradas no SUS e estas vagas são independentes de sexo ou patologia.

Para o paciente ingressar no HD, deve preencher alguns critérios como: ser maior de 18 anos, possuir um familiar ou responsável que o acompanhe, ter disponibilidade e motivação para frequentar o HD diariamente e estar passando por um sofrimento psíquico caracterizando uma situação de crise que esteja dificultando intensamente seu convívio social e familiar, precisando para isso de cuidados intensivos conforme Portaria/SNAS 224, de 29 de janeiro de 1992.

São critérios de exclusão: ser usuário de álcool e outras drogas, ser deficiente mental grave e estar cumprindo pena judicial (MANUAL DE NORMAS E ROTINAS DO HD, digitado em 2005).

Processos e Rotinas Administrativas

Os processos e rotinas administrativas do HD/FHCGV estão escritos em um Manual que foi elaborado pela equipe de assistência em 2005, por solicitação do Comitê de Acreditação Hospitalar. Esse Manual foi elaborado a partir de outros documentos já existentes. Pode ser encontrado na Biblioteca da FHCGV ou na Coordenação do HD. As descrições que, farei a seguir, foram tomadas sob orientação do Manual.

O paciente, ao chegar ao HD, é encaminhado para uma entrevista de triagem. Esta é realizada por um profissional de nível superior. Todos os profissionais de nível superior têm um dia da semana para fazer triagem, com exceção do médico. A organização destes dias forma uma “escala de triagem”.

A entrevista de triagem consiste em uma anamnese que obedece a um roteiro composto dos seguintes itens:

- 1) Motivo do encaminhamento do doente,
- 2) Sua queixa principal,
- 3) História da doença atual, com detalhes sobre as medicações psiquiátricas usadas e doenças clínicas existentes, bem como a
- 4) História da doença pregressa

- 5) História do desenvolvimento do paciente
- 6) História familiar, contendo casos de doença mental na família, situação de vida da família de origem e atual, situação social, econômica e laborativa,
- 7) Histórico escolar, ocupacional e afetivo do doente.
- 8) Exame do estado mental, impressão diagnóstica, características sindrômicas.
- 9) Problemas emergentes a serem trabalhados e condutas a serem prescritas para o doente no HD.

A anamnese é feita com o doente e com seu familiar; na maioria das vezes, é o familiar quem faz o relato.

No dia seguinte, é feita a apresentação da triagem para o restante da equipe, pelo mesmo profissional que a executou, durante a reunião técnica. O profissional emite seu parecer e solicita avaliação da equipe, para, em seguida, decidirem sobre a admissão do doente e sobre quem será o profissional de nível superior que designado pelo nome de Monitor ou Técnico de Referência ficará encarregado de elaborar juntamente com o cliente e familiar o seu projeto ou “planejamento terapêutico”.

Quando o doente não preenche os critérios para admissão, se comunica ao familiar responsável e faz-se a contra-referência do paciente para outro serviço que atenda suas necessidades

O doente que ingressa no HD é denominado de “cliente”. Seu Monitor ficará responsável por marcar sua primeira consulta médica com a psiquiatria do Hospital-Dia, que fará a sua admissão. A admissão se constitui da elaboração de laudo psiquiátrico e do preenchimento da AIH. Então, é aberto um prontuário, sendo atribuído-lhe um número de registro. Estes são os procedimentos administrativos adotados no processo de admissão. Na primeira consulta médica, a medicação é prescrita e é marcada sua próxima consulta.

O prontuário do cliente no HD é constituído de uma pasta onde são guardadas todas as suas informações e que podem ser usadas a qualquer momento e por qualquer profissional interessado em obter ou registrar informações de interesse para o seu acompanhamento, na instituição.

Obrigatoriamente, um prontuário deve ter: a Folha de Rosto ou de Identificação; o Termo de Responsabilidade; o formulário da Entrevista de Triagem e as folhas de Evolução Técnica, todos preenchidos, assinados e carimbados (Anexo A). O prontuário fica em arquivo próprio dentro do HD e só é retirado do serviço após alta do paciente, quando é encaminhado ao Setor de Faturamento e Auditoria Médica e de lá enviado ao Serviço de Estatística Médica,

onde ficará arquivado e pode ser consultado a qualquer hora, desde que seja para interesse do paciente ou de interesse e necessidade da instituição.

Após a admissão médica, cliente e familiar, juntamente com o Monitor, estabelecerão o planejamento das atividades que farão parte do dia-a-dia destes, formalizando um contrato terapêutico.

A equipe do Hospital-Dia, atualmente, é formada por um assistente social; dois psicólogos; um terapeuta ocupacional; dois enfermeiros; dois médicos psiquiatras e um professor de educação física. Estes profissionais são chamados de técnicos de nível superior. Os profissionais de nível médio são seis técnicos de enfermagem; quatro auxiliares de reabilitação; um assistente de administração e dois agentes de portaria. Essa equipe se divide em dois turnos de 06 horas: o da manhã de 7 às 13 horas e da tarde de 13 às 19 horas. Apenas os médicos têm carga horária de 04 horas dia e se dividem entre os horários da manhã e da tarde.

A coordenação do HD é designada pela Presidência da Fundação HCGV, estando hoje a cargo de uma Assistente Social, que recebe uma gratificação salarial pelo desempenho dessa função. O HD, no organograma da FHC GV, encontra-se subordinado à chefia da Clínica Psiquiátrica, que por sua vez encontra-se subordinada à Diretoria Assistencial que é subordinada à Presidência da Fundação. Há, portanto, quatro níveis de subordinação, havendo um outro nível criado por categorias profissionais, ficando os profissionais do HD subordinados às suas coordenações como: Coordenação Médica, Coordenação de Enfermagem e a Coordenação Psicossocial.

Dos técnicos de nível superior, apenas os médicos e o coordenador não assumem as atribuições da monitoria. O monitor é aquele profissional que fica responsável pelo planejamento e acompanhamento de um grupo de clientes. Este grupo é composto de 8 a 10 clientes. É o monitor que, de posse das informações a respeito do sofrimento psíquico do cliente, é capaz de problematizar as suas necessidades e apontar estratégias de enfrentamento, que se constituem em caminhos de possibilidades para a diminuição deste sofrimento. Para tanto, lançará mão das atividades disponibilizadas no planejamento diário do HD, assim como, criativamente, procurará alternativas que possam ser encontradas em outros serviços ou em outros recursos da comunidade. O monitor se reúne, ordinariamente, com seu grupo, uma vez por semana, para avaliar a evolução de seus clientes e replanejar seu projeto terapêutico quando necessário, ou pode reunir individualmente quando uma situação extraordinária acontecer.

O HD possui uma organização de atividades que cobrem todos os horários de seu funcionamento. Este programa de atividades é composto pelas ações disponibilizadas pelos profissionais da equipe, de acordo com as diretrizes da Portaria/ANAS 224. Assim, estão programadas atividades de psicoterapia de grupo para clientes; psicoterapia de grupo para familiares; atendimento psicoterápico individual; grupo de famílias do serviço social; grupo de atividades expressivas da terapia ocupacional; grupo de educação física; grupo de cultivo de plantas com a orientação de agrônoma; grupo de auto-cuidados com a enfermagem; grupo de educação para a saúde da enfermagem; oficinas de atividades manuais e oficina de leitura. Somente as oficinas podem ser coordenadas por profissionais de nível médio. As atividades são oferecidas ao longo do dia e têm duração prevista para 60 minutos. Desta forma, o HD tem suas atividades organizadas acontecendo pelo menos duas atividades de grupo pela manhã e duas atividades pela tarde.

A escolha das atividades da qual o cliente deverá participar é feita no momento do planejamento terapêutico e pode ser modificada e atualizada a qualquer momento em comum acordo entre cliente e monitor, sempre considerando a avaliação das necessidades do cliente. O planejamento é redigido em um quadro próprio em duas vias, ficando uma de posse do cliente — para que este possa se orientar diariamente — e a outra é arquivada em seu prontuário. Neste momento, fica estabelecido um contrato em que são firmadas as regras e as normas de funcionamento do HD. O que o cliente e o familiar podem esperar do HD e o que este espera do cliente e de seu familiar.

O dia no HD tem início às 7h, com a "reunião técnica", quando todos os profissionais da equipe da manhã se reúnem na sala da coordenação, onde se dá a leitura do livro de ata — denominado de Livro de Ordem e Ocorrência. Este tem a função de promover a comunicação entre as equipes da manhã e tarde, assim como, de registrar fatos importantes para o funcionamento do serviço. É nesse livro que, diariamente, a equipe relata os fatos acontecidos em seus respectivos horários e todos podem fazer seus registros.

Através da leitura do livro, as equipes são informadas sobre o que aconteceu nos horários anteriores, tais como: se houve as atividades planejadas para aquele dia, quem participou das mesmas, quem estava presente no serviço, quem faltou e seus respectivos motivos. São registrados fatos ocorridos com clientes, recados entre colegas de trabalho são trocados, informes institucionais são repassados, assim como as sugestões, avaliações e críticas sobre o funcionamento diário. Informa-se sobre triagens, admissões realizadas, altas, decisões tomadas pelas equipes frente a determinadas situações. Os problemas a serem

solucionados — e que precisam da participação das duas equipes também são expostos, idéias a serem compartilhadas e outros.

Após a leitura do livro, os profissionais trocam opiniões sobre o que foi exposto; buscam solução para os problemas; tomam providências solicitadas e distribuem tarefas relacionadas às atividades planejadas para o dia.

Enquanto a equipe está reunida, os clientes vão chegando e se encontrando no salão de recepção. Alguns se dirigem para o banho, outros vão para a sala de televisão, outros para a sala de repouso onde se deitam e muitas vezes dormem. Outros ficam sentados em mesas espalhadas pelo salão conversando entre si e outros se mantêm em silêncio.

Ao término da reunião técnica, às 8h30, os clientes e seus acompanhantes são chamados para outra sala onde acontece a “reunião de comunicação” — coordenada por um dos profissionais de nível superior. Nesta reunião, são tratadas as regras e normas do HD, são reafirmados os contratos, são tomadas algumas decisões sobre assuntos que dizem respeito ao funcionamento do HD e que dependem da participação dos clientes. É possível fazer a avaliação do dia anterior e planejar o dia atual, bem como as atividades extras da semana em curso, caso haja mudanças no quadro de atividades. A reunião de comunicação é um dispositivo que se propõe à participação dos clientes e familiares no funcionamento do serviço, é uma proposta de partilhamento de responsabilidades.

Após a reunião de comunicação, cada cliente e seu acompanhante se dirigem ao local onde se desenvolverá a atividade planejada para aquele dia, de acordo com seu planejamento terapêutico.

Às 10h, é servido o lanche no salão de recepção. Logo após, outra atividade é desenvolvida. Às 11h30, os clientes e seus acompanhantes se dirigem ao refeitório da FHCGV para o almoço. Retornando do almoço, os clientes são orientados quanto à higiene bucal e, em seguida, podem assistir à TV, conversar ou brincar com jogos de salão em pequenos grupos, ou mesmo dormir nas salas de repouso.

Durante este intervalo de atividades, ocorre a troca de turno — término do matutino e início do vespertino. A equipe da tarde começa a chegar e se dirige para a sala da coordenação e tal qual a equipe da manhã, inicia seu turno com a reunião técnica e com a leitura do livro de ordem e ocorrência. A rotina da tarde se assemelha à da manhã. As atividades dos clientes iniciam às 14h30 e terminam às 17h30, quando clientes e acompanhantes retornam para suas respectivas casas.

Atualmente, no HD há clientes planejados para participar somente pelo horário da manhã, outros pela tarde. Outros, só participam de alguns dias da semana. Estes arranjos de planejamento dependem das necessidades atuais do cliente.

O Hospital-Dia busca, com seu funcionamento, atender o que está disposto na Lei nº. 10216, de 06 de abril de 2001 que dispõem sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. (BRASIL, 2004)

Mensalmente é realizada uma reunião com a participação de todos os clientes e seus familiares e profissionais do HD. Essa reunião, denominada de Assembléia, é tida como mais um recurso terapêutico e um instrumento de organização do serviço. É o momento para se discutir, avaliar e propor alternativas para solução de problemas e para aprimoramento do serviço. É quando também se realiza o planejamento do mês, quando se decide qual será e como se encaminharão as atividades de lazer e de passeio cultural. Estas são atividades que buscam a integração do doente à comunidade. Geralmente, são planejados passeios para lugares públicos como praias, igarapés, clubes sociais, praças, teatros, cinemas, *shoppings centers*, museus e outros logradouros.

Dentre as atividades terapêuticas realizadas no Hospital-Dia estão:

1) A consulta médica, com a prescrição e dispensação de medicamentos, orientando quanto ao uso correto. A prescrição de medicamentos é avaliada constantemente pela médica psiquiatra. O cliente é orientado e incentivado a ele mesmo controlar o uso da sua medicação, observando a dose e os horários prescritos. Quando necessária, esta atribuição recai sobre o monitor, que pode delegá-la a um técnico de enfermagem até que o cliente ou familiar possam assumir essa responsabilidade. Quanto ao atendimento médico, não é dispensado apenas o tratamento psiquiátrico, mas também o atendimento clínico geral e, quando necessário, são encaminhados para médicos especialistas. Exames de laboratório e de diagnóstico também são solicitados e viabilizados por meio dos serviços da FHCGV.

2) O atendimento psicoterápico pode se constituir de encontros individuais ou em grupo, onde são utilizados os conhecimentos e as técnicas da psicologia de acordo com o referencial teórico de cada psicólogo do serviço. Nem todos os clientes são atendidos em psicoterapia, pois o encaminhamento para esta depende do planejamento terapêutico.

3) O atendimento a grupo de familiares visa reunir os mesmos para criar laços de solidariedade entre eles, troca de experiência, discutir problemas em comum, receber orientação sobre diagnóstico e tratamento.

4) O atendimento individualizado ou em grupo de terapia de família se constitui em atendimento a uma família ou mais que necessite de um espaço para falar de seu sofrimento, para trabalhar um conflito específico pelo qual esteja passando.

5) As oficinas terapêuticas, que podem ser auto-expressivas, constituem-se em um espaço para expressão plástica, expressão corporal, expressão verbal ou musical.

6) Oficinas de trabalhos manuais que possam, num futuro, ajudar o cliente e familiar em atividades geradoras de renda ou para o lazer. Estas atividades são definidas a partir do interesse dos clientes.

As atividades visam sempre um espaço de convivência e integração social e familiar, possibilidade de manifestação de sentimentos e desenvolvimento de habilidades que facilitarão a recuperação e a reintegração do doente ao convívio coletivo.

O HD, seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde, torna-se um dispositivo de reabilitação que tem como prática a valorização do ponto de vista do paciente, sua fala, suas condições de vida e sua participação na própria assistência. Contudo, nem sempre manter esta posição é fácil e possível, principalmente considerando-se que os profissionais que dele fazem parte, alguns foram capacitados nos tradicionais asilos, outros são oriundos de outras práticas e nem sempre têm interesse e/ou disponibilidade para participar e para valorizar esta nova proposta, ainda mais se considerarmos que os profissionais que atualmente fazem parte do HD são, na sua maioria, recém empossados após concurso público, realizado no ano de 2004. A renovação do quadro do HD foi de 60% e estes novos profissionais possuem experiências diversas e muitos nunca tiveram contato com a doença mental como terapeutas.

A compreensão de cada paciente se inicia com um instrumento característico da psiquiatria, a entrevista de triagem que em forma de anamnese se institui num primeiro contato com o paciente e seu familiar.

A partir destas primeiras informações, tanto da fala dos familiares como das falas do paciente e das observações dos comportamentos registrados durante a entrevista, a equipe procede a sua primeira atribuição que é identificar os sintomas, classificá-los e chegar a um diagnóstico psiquiátrico. A admissão do paciente no HD está sujeita a critérios diagnósticos da psiquiatria.

Fechado o diagnóstico psiquiátrico inicial e enquadrando-o em categorias de psicose ou neurose grave, o paciente é encaminhado ao médico psiquiatra que fará sua admissão através de laudo psiquiátrico, preencherá a AIH e prescreverá a medicação.

Mas, este é apenas o primeiro momento, o início da busca que poderá nos levar à descoberta de algo mais além da hereditariedade e da organicidade dos sintomas, fato que ocorrerá a partir das próximas reuniões técnicas, em que os profissionais começam a se indagar acerca dos sintomas, não apenas buscando uma origem ou uma causa, mas buscando dados e fragmentos de informação revelados em um dos múltiplos contatos propiciados pelo ambiente do HD e que ao serem submetidos a um julgamento da equipe, começam a adquirir sentido ajustando-se a algum contexto ou a uma experiência emocional do paciente.

Reconhecemos que esse processo não se esgota. É uma etapa que nos encaminha a uma etapa seguinte, pois, à medida que respondemos perguntas, outras já se fazem presentes e saímos das reuniões com outras situações a investigar, e nessa idéia de investigação, todos os profissionais da equipe possuem sua tarefa específica.

Dentre as situações a investigar, inicia-se pelo uso adequado da medicação, em que o médico psiquiatra avalia se a medicação está atendendo às especificações dos sintomas e se a dosagem deverá ser mantida ou modificada. Os profissionais investigam em todos os espaços de convivência do HD se o paciente está fazendo uso da medicação e se usa na dose e nos horários prescritos. Caso contrário, é tomado para o HD a responsabilidade da administração da mesma por tempo necessário, até que o paciente e/ou familiar sejam considerados aptos a voltar a assumir esta tarefa.

Nesse aspecto, está presente a assistência psiquiátrica mas, como descrito, anteriormente, a equipe do HD sabe que há algo mais que está relacionado àqueles sintomas. Não se conforma com uma causa orgânica e acredita que existem outros fatores, incluindo processos inconscientes, envolvidos com aquele adoecer.

Esta equipe é capaz de compreender que o *phatos* – o sofrimento, as paixões, a passividade – que assujeitam o ser humano, se apoderando do seu corpo sem fazer parte dele, “vêm de longe, vêm de fora e toma o corpo fazendo-o sofrer” (BERLINCK, 2000, p. 23).

Disto, resulta a proposta terapêutica do HD em trabalhar com uma equipe multiprofissional, possibilitando a ampliação dos esforços no sentido de tornar o tratamento mais abrangente e mais eficaz. Tal eficácia e tal abrangência decorrem de a equipe com vários profissionais, com seus múltiplos saberes e instrumentos., poder intervir em múltiplos fatores como a pobreza, a desagregação familiar, as dificuldades de relacionamento conjugal e parental, as circunstâncias sociais desfavoráveis e a rigidez dos padrões éticos a cuja pressão o paciente está sujeito. Estes fatores já foram apontados por Freud em sua Conferência XXVII e tratados como infortúnios da vida aos quais chamou de “frustração real” e reconheceu que não

havia suficientes recursos para fazerem essas dificuldades desaparecerem, mas nem por isso sugeriu que se abandonasse à possibilidade de tratá-las (FREUD, 1916-17, p.504).

Um equívoco seria pensar que, para intervir nesses fatores, bastaria dar conselhos e orientar o paciente como conduzir sua vida, que atitude adotar e que decisão tomar. Pelo contrário, a equipe, com cada profissional lançando mão de seus dispositivos terapêuticos, faz o levantamento de informações sobre fatores envolvidos com o adoecer do paciente e passa a intervir terapêuticamente de acordo com sua orientação teórico-técnica.

O projeto terapêutico do HD se propõe ajudar o paciente a encontrar meios de conviver com as adversidades de sua vida e com as restrições impostas pelas regras e normas sociais.

O planejamento terapêutico vai acontecendo, enquanto se constrói o caso com as peças que vão se encontrando e se completando, o tratamento dispensado vai se desenvolvendo. À medida que se completa um fragmento da construção do caso em questão, este é informado ao paciente ou a partir dele se modifica o plano terapêutico, de maneira que a equipe se põe a observar como essas informações ou mudanças agem sobre o paciente e assim vai se alternando até o fim, que se configura na alta¹.

Portanto, como se nota, o HD persegue elementos, mesmo que mínimos, para uma assistência nos moldes de uma clínica da reforma, ou seja, “uma clínica ampliada” onde não se visa apenas à medicalização, pois aí se teria apenas a clínica psiquiátrica, mas também, objetiva-se, em suas intervenções, o cliente em suas múltiplas interações: na sua vida cotidiana, oferecendo apoio e orientação familiar, buscando alívio para seus sintomas, disponibilizando o suporte social na busca de sua manutenção de moradia e lazer, seja através do trabalho ou do amparo legal feito pelo Estado. E ainda, coloca-se o Serviço como uma referência institucional ao qual, pacientes e familiares, possam recorrer.

¹ No texto *A Construção do Caso Clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental*, publicado na Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, VII, 1, 75-86, març/2004, Ana Cristina Figueiredo apresenta uma proposta de construção do caso clínico como ponto central da contribuição da psicanálise para o trabalho em equipe nas instituições de saúde mental.

3 A REFORMA DA ASSISTÊNCIA PSIQUIÁTRICA

3.1 CONCEITOS E VALORES ORGANIZATIVOS

A Reforma Psiquiátrica é um movimento político, social e também clínico, tendo como seu centro de atenção a questão da loucura, buscando construir as possibilidades de uma nova forma de atender às necessidades dos pacientes psiquiátricos graves.

Não me aterei a fazer um levantamento histórico da Reforma Psiquiátrica. Por ora, interessa-me realçar alguns valores e conceitos fundantes e organizativos de seu paradigma contra a segregação social da loucura e de seus efeitos de normatização e controle.

O século XIX é visto pelos historiadores como o momento em que se institui a prática asilar, caracterizada pela internação do doente mental em grandes asilos. Neste período, os asilos psiquiátricos foram constituídos como espaços específicos para o tratamento dos ditos alienados mentais, nome atribuído às perturbações do espírito pela recente medicina mental (BIRMAN, 1999).

A institucionalização desta prática sofreu oposição dos movimentos denominados de Desinstitucionalização, registrados a partir da segunda metade do século XX. Estes movimentos objetivavam a retirada do doente mental dos asilos e a sua reinserção social através de programas de reabilitação.

Ao se propor esta mudança na abordagem terapêutica do doente mental, passou-se a discutir quem sustentaria esta assistência e o que poderia substituir os hospitais psiquiátricos. Questionou-se a capacidade dos profissionais e indivíduos comuns para lidar com esta nova situação, se os mesmos estavam prontos para acolher os doentes mentais em suas vidas, em suas vizinhanças e, sobretudo avaliar em que medida os profissionais designados para esta prática estavam habilitados para desenvolvê-la. Questionou-se, também, se tais profissionais estariam preparados para valorizar o ponto de vista do paciente, sua fala, suas condições de vida e sua participação na assistência, que passam a ser comportamentos compatíveis com esta nova proposta e se contrapõem à prática asilar (SILVA FILHO et al, 1999).

Para Birman e Costa (1994), na modernidade, a psiquiatria que antes se propunha à terapêutica dos distúrbios mentais, sofre uma mudança em seu objeto teórico, quando passa a buscar um saber sobre Saúde Mental e suas condições de possibilidade e sobre formas de restabelecê-las nos indivíduos. Esta mudança no campo epistemológico da Medicina Mental, repercute na prática clínica do campo psiquiátrico.

Segundo os mesmos autores, esta mudança vem se operando ao longo do tempo, mais precisamente desde o início do século XX com a crise da Psiquiatria Fenomenológica na Europa e o surgimento da Psiquiatria Behaviorista americana que traz como princípio, a visão de que a enfermidade mental é uma desadaptação social reativa a uma situação ambiental conflitiva. Estas características se acentuam a partir da II Guerra Mundial, em virtude de se buscarem respostas e alternativas para o crescente número de indivíduos asilados e sem resposta terapêutica satisfatória.

A perda de número significativo de indivíduos na guerra trouxe a necessidade de se “recuperar” as pessoas asiladas e “transformá-las” em produtivas, que ocupassem o lugar daqueles que morreram e promovessem o crescimento econômico com menor custo possível, pois até então o Estado arcava com a manutenção dos asilos superlotados de pessoas vistas como improdutivoas. Os asilados eram tomados como improdutivoas, não por serem portadores de um sofrimento psíquico, mas por não terem tido chances de se adaptar ao regime social vigente. O que se propõe, é a promoção de Saúde Mental, sob a ótica de um processo de adaptação social.

Referindo-se a estas propostas e a estas necessidades sociais, a psiquiatria deixa de se preocupar com a terapêutica da enfermidade e passa a promover Saúde Mental. Como se observa, o foco das preocupações teóricas e dos projetos assistenciais muda de rumo.

Foucault, em Conferência proferida no Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, em 1974, destacou o ano de 1942 como o ponto de mudança deste paradigma da psiquiatria, marcado pela elaboração do plano de Beveridge na Inglaterra que, posteriormente, foi tomado como modelo de reorganização do Sistema de Saúde em vários países. Esse plano afirmava o direito à saúde de todos os indivíduos, substituindo o até então direito à vida. Esta postura foi ressaltada por ter sido defendida no momento em que a guerra matava milhões de pessoas e o Estado tomava para si a tarefa de assegurar aos seus membros o direito à vida em boa saúde (BIRMAN; COSTA, 1994).

Nesse contexto, o Estado passa a legislar sobre a assistência prestada ao doente mental. O asilo passa a ser considerado como o grande responsável pela deterioração dos pacientes, como agente promotor de doença e não de saúde. Não se aceitava mais apenas viver em asilos, era preciso viver com qualidade. Observa-se que o movimento que já vinha se instaurando desde o início do século XX, ganha força e condições objetivas de se instituir como a Reforma da Assistência Psiquiátrica.

O resultado é a aceitação incondicional do trabalho do doente mental que antes era mantido de forma passiva, nos asilos. Nesse novo contexto, é convidado a assumir uma atitude ativa quando lhe atribuem outros papéis: ocupação e trabalho como parte de sua terapêutica. Esta prática já tinha sido experimentada por Hermann Simon na década de 20, mas ficou sendo vista de forma marginal, emergindo 20 anos depois como o ponto de referência fundamental das Comunidades Terapêuticas. Simon foi o criador da Terapia Ocupacional. A ênfase nas atividades visava a integração dos pacientes em sistemas grupais que valorizavam a possibilidade de comunicação entre eles, tirando-os do isolamento e do alheamento ao meio ambiente hospitalar.

As atividades grupais que surgiram com Sullivan desde 1929, se intensificaram e ganharam status nas estruturas assistenciais com Bion em suas experiências do Northfield Hospital na Inglaterra e com Menninger nos Estados Unidos (BIRMAN; COSTA, 1994).

Nessas experiências, os doentes eram distribuídos em pequenos grupos para discussão de um determinado tema ou para a realização de uma atividade, cujo objetivo era tirá-los da inércia. Também eram feitas reuniões diárias com a presença de todos os pequenos grupos, com o objetivo de se integrar ao conjunto e dar conta das atividades realizadas. Da observação desta prática, constatou-se a melhora dos pacientes e se referendou a potencialidade terapêutica das mesmas.

A possibilidade do doente de se inserir nestas atividades passou a ser o indicador das altas e das curas.

Referimos que a II Guerra Mundial impulsionou a reforma na assistência à saúde e o período do pós-guerra consolidou-a, pois, agora, além da preocupação com os indivíduos asilados, havia a necessidade de se reintegrar os soldados com dificuldades emocionais e recuperar doentes, transformando-os em potencial energético para a reconstrução da economia nacional e mundial.

O novo lema é dinamizar a estrutura hospitalar. O espaço hospitalar transforma-se em uma réplica do espaço social extra-hospitalar, no qual o doente vai aprender a se comunicar, a se comportar, o que facilitará ou possibilitará o seu retorno ao meio familiar e social. O doente vai ser estimulado a respeitar normas e limites que delineiam a vida dentro do hospital e que sustentariam sua vida social mais ampla. A cura se estabelece pela possibilidade do doente internalizar e obedecer a estas regras.

Birman e Costa (1994) denominam estas práticas de pedagogia normativa ou pedagogia social que passam a ser a essência da prática curativa e trazem para este espaço

terapêutico um modelo de homem adulto. A saúde e a doença mental oscilam entre os pólos da adaptação e da desadaptação social. São usados, para isso, os trabalhos com grupos operativos, recreativos, artísticos e os terapêuticos propriamente ditos, cujo objetivo será sempre a educação para a vida social, através do grupo. Trata-se de esquadrihar o bem-estar moral e não mais tratar de doenças psíquicas: o mal engloba todos os desvios das normas.

Como conseqüência deste trabalho, temos a multiplicação da produtividade do médico que passa a atender cada vez maior número de pacientes em grupo e a produtividade se amplia quando outros profissionais não médicos passam a adquirir o papel de terapeutas, pois “se não é mais a doença o objeto das preocupações, mas a promoção da Saúde Mental, esta ação pode ser encaminhada por qualquer pessoa medianamente adaptada às normas” (BIRMAN; COSTA, 1994, p. 50).

No marco deste novo sistema terapêutico, a família do doente não poderia ficar de fora do tratamento, pois, ao se compreender que uma família tem um membro doente mental torna-se doente também. Ao se afirmar que a doença mental é um sintoma de uma enfermidade mais ampla e complexa da estrutura desta família, estabelece-se o pressuposto das Terapias da Família, cabendo à psiquiatria trabalhar a família para adaptar o doente ao seu meio.

Os critérios de tratamento, cura e alta hospitalar passam a ser a Saúde Mental definida como, “[...] uma essência que está mais além das aparências, nas profundezas do doente, representando a sua capacidade de trabalhar e de se comunicar num certo código” (BIRMAN; COSTA, 1994, p. 53).

No período de 1955 a 1963, os Estados Unidos passam a ser referência para todo o mundo. Após um trabalho político e jurídico, delimitam um novo programa de Saúde Mental em que não mais se investiria na reforma dos hospitais psiquiátricos e se privilegiaria o espaço social mais amplo, responsabilizando, pela promoção da saúde mental, não só o Estado, o governo, mas todos os cidadãos, instituições públicas e privadas.

Poderíamos, então, considerar a saúde mental neste momento como objeto da psiquiatria que seria como postula Rocha (2003. p.158):

um terreno de práticas dirigidas aos pacientes psiquiátricos, visando engajá-los na vida civil por meio dos diversos dispositivos de atenção comunitária que possam vir a ser agenciados pelos profissionais médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e alguns outros.

O movimento pela desinstitucionalização foi observado no Brasil a partir da década de 1990, após o período em que o país passou por um processo de redemocratização, que resultou numa nova Constituição, em 1988. A nova Carta Magna disponibilizou um capítulo destinado às propostas de uma reforma sanitária, fatos seguidos pela aprovação de uma nova Lei Orgânica de Saúde em 1990 e a criação do Sistema Único de Saúde – SUS em 1990 com a Lei nº. 8080/90.

As mudanças no setor de saúde já eram trabalhadas e delineadas, mais especificamente na área da saúde mental, quando, a partir de avaliações e de críticas feitas ao modelo de assistência psiquiátrica centrado no hospital e na exclusão social do doente mental, foi organizado no final da década de 1970 o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental. Posteriormente, este movimento se transformou em Movimento Nacional de Luta Antimanicomial.

Nos anos que se seguiram, vivenciamos o processo de reestruturação da assistência em saúde mental, com a abertura de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e incentivo financeiro para o desenvolvimento de uma rede de serviços de assistência extra-hospitalares.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil se fundamentou nas deliberações tomadas na reunião de Caracas, patrocinada pela Organização Panamericana de Saúde, a partir da qual se instituiu a Declaração de Caracas, responsável pela reorientação da assistência à saúde mental na América Latina. A Declaração de Caracas, assinada em 1990, orientava o país a se comprometer com a mudança do modelo de atenção à saúde mental, substituindo a lei de 1934 que regia a questão da psiquiatria e da saúde mental no Brasil (DELOSSI, 2003).

Em 1994, aconteceu a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, com a presença de trabalhadores, conselhos profissionais, prestadores de serviço público e privado, gestores de saúde, entidades de familiares e usuários. Este evento foi um marco nessa área, pois responsabilizou-se pela definição dos rumos e diretrizes da política nacional de saúde mental, resultando na redução do número de hospitais psiquiátricos e do número de leitos psiquiátricos. Com isso, abriam-se leitos em hospitais gerais e eram implantados cerca de 200 Hospitais-dia e Centros de Atenção Psicossocial em diversos Estados do país (SCHECHTMAN et al, 1999).

A aprovação da Lei de Saúde Mental de nº. 10216 de 06.04.2001, marcou a consolidação do processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, um processo que se prolongou por 15 anos, pois buscava a transformação social da assistência do doente mental e que ultrapassa a ação médica e se estende por toda a sociedade. Oferece-se um modelo extra-

hospitalar, comunitário, em substituição ao modelo hospitalocêntrico. Esta lei veio confirmar uma prática que já vinha acontecendo desde 1977 (DELOSSI, 2003).

Tenório (2001) comenta a reforma psiquiátrica brasileira, referindo-se a ela como um processo:

impulsionado por circunstâncias próprias ao Brasil, que amadureceu segundo as exigências concretas que enfrentou e as soluções particulares que desenvolveu, sem a importação colonizada de modelos. Nem por isso deixa de ter relações, com algumas das iniciativas de transformação da psiquiatria vividas na Europa e nos Estados Unidos desde a Segunda Guerra Mundial, como a psicoterapia institucional francesa, a desinstitucionalização italiana, as comunidades terapêuticas inglesas e, em menor escala, a psiquiatria preventiva – comunitária norte americana (p. 25).

E ainda,

[...] considerando que estas duas últimas, embora superadas pela reforma, tiveram forte penetração no cenário psiquiátrico do país, pois delas vieram as idéias de ‘saúde mental’ em oposição à ‘doença mental’ e de intervenção na ‘comunidade’, inclusive com intenções preventivas. [...] essas expressões vieram ocupar um lugar privilegiado no discurso da reforma brasileira, pois estrategicamente são usadas para denotar um afastamento da figura médica da doença, que não leva em consideração os aspectos subjetivos ligados à existência concreta do sujeito assistido, e permitiu demarcar um campo de práticas e saberes que não se restringem à medicina e aos saberes psicológicos tradicionais (p. 25-26).

O desafio desta prática, após a reforma, será passar a questionar não apenas as intervenções junto ao doente mental, mas na mesma proporção devemos questionar o contexto cultural e social em que ele se insere. Deveremos ver cada caso como um caso único, buscando o “enfrentamento artesanal da cada situação, dando particularidade a cada sujeito e a cada momento de sua trajetória” (TENÓRIO, 2001, p. 24).

A reforma, como foi apresentada, visa à desconstrução da cultura manicomial da exclusão do louco e a criação de um novo campo de atenção psicossocial. É uma proposta política e clínica, que devem ser tomadas como ferramentas complementares e não excludente; caso contrário, cairá no mesmo erro da psiquiatria tradicional. Não podemos ter como foco apenas a inclusão do doente mental com a ampliação dos espaços de cidadania, deixando de enfatizar o olhar clínico. (BEZERRA, 2002).

É preciso atender à dimensão psíquica da experiência da loucura, que se constitui em um funcionamento particular e subjetivo. Não escutar o sujeito na sua singularidade que, muitas vezes, o impede de responder às expectativas de adaptação social, seria repetir o movimento do asilo onde todos eram tratados como iguais, independentemente de suas necessidades e de suas possibilidades.

Diante deste cenário, buscam-se ações de intervenção menos autoritárias, que não tenham a pretensão de construir um modelo de assistência e um lugar diferente de controles uniformizantes (CERQUEIRA, 1999). Considerando o lugar menos uniformizante como um espaço onde, ao se estabelecerem as ações terapêuticas, que serão desenvolvidas com um determinado paciente, se consiga relacioná-las às necessidades deste, ou seja, à sua vida cotidiana, buscando um projeto terapêutico em movimento, de acordo com estas necessidades, de forma tal que não pode e nem deve ser aprioristicamente formulado ou esquadrinhado.

Poderíamos postular que não há um tipo de tratamento único para todos os casos, porque senão, a ação terapêutica tornar-se-ia uma batalha, uma desesperada tentativa de tornar o paciente em algo que ele não é, porque não quer, ou porque não pode ser (CERQUEIRA, 1999).

Os projetos terapêuticos devem ser revistos, modificados para não se perder de vista o sujeito, e que os recursos da assistência possam ajudá-lo a construir um percurso singular de existência que seja para ele o melhor possível.

O paradigma da desinstitucionalização que norteou esse movimento representou uma crítica não apenas à instituição asilar, com sua cultura manicomial segregadora, em que os direitos mais elementares dos loucos são desrespeitados, mas também à própria instituição da clínica – referida a clínica psiquiátrica tradicional – que fundamentou e sustentou, em nome da ciência, práticas excludentes. Marcada pela influência do modelo italiano de reforma (psiquiatria democrática), a reforma brasileira valorizou o dispositivo de atenção psicossocial (calcado na noção de reabilitação psicossocial), que tem por objetivo a recuperação da autonomia e do poder de contratualidade dos sujeitos afetados pelo sofrimento psíquico (RINALD, 2005, p. 90).

O objetivo da assistência psiquiátrica passa a ser a reabilitação psicossocial, atendendo à Organização Mundial de Saúde, que define reabilitação psicossocial como a possibilidade de permitir ao paciente “alcançar seu nível ótimo de funcionamento independente na comunidade”, a melhoria da “competência individual, das habilidades sociais individuais, da

competência psicológica e do funcionamento ocupacional”, a “autonomia” e a “possibilidade de auto-defesa” (OMS-AMRP, 1997: 12 apud Tenório, 2001, p. 54).

Para Tenório (2001, p.54), “o paradigma da reabilitação psicossocial tem um caráter pedagógico, de educação para a vida social, mas também traz para o primeiro plano a questão da existência; tratar é ajudar a recuperar a competência social”.

O mesmo autor ainda nos faz pensar na idéia de autonomia e competência social, como algo particular e singular para cada paciente e que pode ser representado pela capacidade deste “trabalhar e ganhar seu próprio dinheiro até a simples possibilidade de ir ao serviço todos os dias sem depender de que um parente o acompanhe, a capacidade de reconhecer a chegada da ‘crise’ e pedir ajuda a tempo de evitar uma internação ou a própria possibilidade de se internar para evitar uma situação mais grave” (p.61).

Estas representações, segundo Tenório (2001), passariam a ser tomadas como parâmetros para decisão das altas e critérios de cura, se assim pudéssemos chamar, pois refletiriam as “conquistas possíveis e pertinentes para cada pessoa assistida, o que só ela mesma, valorizada em sua condição de sujeito, pode indicar” (p. 62). Afastam-nos dos cuidados previamente estabelecidos e muitas vezes estabelecidos de uma forma externa e independente das demandas do paciente, deixando de considerar o que, para ele, é possível e necessário alcançar.

Ao adotar este modelo, deve-se preocupar com a expansão do campo de intervenção, deixando-se de priorizar como única forma de tratamento a busca da adaptação social e a prescrição medicamentosa. O medicamento pode esmaecer os sintomas produtivos como delírio, alucinações e agitação psicomotoras, fazendo com que o sofrimento psíquico se torne suportável, entretanto, trabalhar na saúde mental exige que se tenha uma visão integral destas pessoas que sofrem. Se o doente não tem com quem falar sobre seus delírios, ele dificilmente terá condições de se apropriar do que lhe acontece e ele mesmo se auto-regular e, conseqüentemente, encontrar uma forma de se relacionar com o contexto social em que se insere (DELOSSI, 2003).

Investir apenas na medicação como tratamento dos sintomas da doença mental como se esta fosse compatível com o que se vê no campo da medicina somática, seria encarar a cena terapêutica sob uma perspectiva em que a angústia, as tristezas, os delírios e as alucinações representassem traços psicopatológicos originados quase diretamente da funcionalidade bioquímica do cérebro e que necessariamente deveriam ser tratados com medicamentos para que os neurotransmissores voltassem ou se mantivessem em funcionalidade, “restaurando a

alquimia dos humores perturbados. Seria o mesmo que ver sujeitos como rebotalhos indesejáveis a serem eliminados, desprezando a dimensão semântica dos sintomas sem a qual eles realmente não teriam sentido” (BIRMAN, 2002 p. 58).

Faz-se necessário um outro questionamento dentro da própria clínica. Ao considerarmos a *História Loucura* de Foucault, quando este nos leva a pensar que a clínica, a psicopatologia e as terapias podem ser vistas como uma forma de relação privilegiada com os sujeitos, assim como o poder psiquiátrico e as instituições de confinamento dos desviantes funcionam não apenas como instrumento de repressão e de exclusão, mas como produtores de uma forma de relação que inclui toda a sociedade, moldando seus pensamentos e seus valores no lidar com a loucura. Assim sendo, não bastaria lutar contra o internamento do louco. Seria preciso superar os conceitos fundantes da psiquiatria, caso contrário, veremos prevalecer, em práticas não manicomiais e fora do hospital psiquiátrico, o saber originalmente manicomial da psiquiatria que vê no comportamento do louco, do desviante, um perigo para a sociedade e que para defendê-la terão que ser excluídos ou com a medicalização ou com a busca incessante da naturalização e normatização de seus comportamentos (TORRE; AMARANTE, 2001).

Em sua pesquisa, Pedroso (1999) ressalta que:

O Pará não se opôs ao que se viu no mundo e no Brasil, as políticas e ações públicas no campo da saúde mental foram marcadas por um longo período de violência. A psiquiatria paraense tinha insólitos mecanismos de ocultação de escândalos no interior das instituições psiquiátricas, para a sociedade paraense a *loucura* era algo a não ser revelado. Assim, o internamento tanto encobria a loucura quanto escorraçava os loucos da ordem social (p.1).

O mesmo autor refere que, no ano de 1971, o governo do Estado do Pará, por intermédio da Secretária de Saúde Pública (SESPA), admitiu que o movimento da reforma psiquiátrica que vinha se fazendo no país, principalmente no Sul e Sudeste, já se fazia sentir no meio da psiquiatria e da sociedade paraense.

As primeiras mudanças vieram com a implantação de um Programa de Atendimento de Saúde Mental, estruturado nos três níveis de atenção à saúde: a internação hospitalar para atender pacientes psiquiátricos agudos e outras manifestações que pudessem se beneficiar prioritariamente com a internação hospitalar; a assistência psiquiátrica ambulatorial que se estendeu da capital para o interior, que atenderia os pacientes egressos da internação

hospitalar, incluindo neste programa a assistência às famílias. No interior do Estado, a atenção era prestada através de médicos e outros profissionais das Unidades Básicas de Saúde. que estendiam seus atendimentos a pacientes egressos em crise aguda e acompanhavam pacientes crônicos não em crise (PEDROSO, 1999).

Essas mudanças exigiram do governo um investimento na formação de equipes de profissionais treinados em saúde mental para dar conta desta proposta descentralizada e regionalizada, pois ao invés de termos como referência apenas os hospitais psiquiátricos, passamos a contar com os Pólos de saúde mental distribuídos por regiões na capital e no interior do Estado.

Segundo Pedroso (1999), o Coordenador de Saúde Mental da SESPA, em 1976, acreditava na transformação da assistência psiquiátrica a partir de ações como a descentralização da assistência e da ampliação do número de profissionais treinados assim como de novos conhecimentos acerca desta área de conhecimento, chegando a afirmar que:

a eliminação dos procedimentos coercitivos, junto com a melhora de alguns sintomas pela ação de psicofármacos e a utilização das contribuições de outras áreas do conhecimento do homem, uniram-se para uma ampla e radical transformação do hospital psiquiátrico. Esta transformação implicou numa abordagem diferente do doente e da doença. O doente passou a ser visto como alguém portador de certas condições que poderiam ser aproveitadas em benefício da superação da doença que o atingia. Não mais, portanto, como alguém passivo e apenas receptor de medicamentos e de outras atenções. O hospital psiquiátrico modificou-se para atender a essa nova abordagem que também se baseou numa estreita participação da família do doente e da comunidade em geral, no tratamento hospitalar (ROTTA apud PEDROSO, 1999. p. 73).

Para Pedroso (1999), “esse processo integrativo, do saber/poder médico e do paciente, deveria estar associado a papéis intimamente relacionados à pluralidades de conceitos e de ações de tratamento” (p. 74).[...] Não bastando se estabelecer uma luta cotidiana contra hábitos culturais e ideológicos, mas também a busca da reformulação do papel do saber médico, o que exigiria a introdução de uma nova ética (p.75).

Fica visível a necessidade de se integrar ações políticas com a clínica, ampliar e descentralizar os atendimentos conjuntamente com a capacitação de pessoal para novas formas de assistência.

Não bastaria levar o atendimento psiquiátrico para fora dos asilos, não bastaria ter uma equipe que atendesse nos ambulatórios, dentro da comunidade ou dentro dos lares. Era preciso

estabelecer um planejamento adequado às necessidades do paciente como expõe Silva em 1983, psiquiatra membro da Associação Paraense de Psiquiatria:

É importante que os técnicos em saúde mental consigam enxergar o alcance dos benefícios das ações globalizadas de saúde. [...] há uma relação emocional entre o terapeuta e o paciente, sendo este o instrumento mais importante da psiquiatria. [...] conversar com o paciente psiquiátrico, ter a capacidade de ouvi-lo, de buscar entender suas necessidades emocionais e as de seus familiares, sem rechaçá-lo, são requisitos mínimos para que se estabeleça um resultado terapêutico (SILVA apud PEDROSO, 1999. p. 75).

Em 1982, foi desativado o Hospital Juliano Moreira, maior asilo psiquiátrico de Belém. Com esta ação, o Governo do Estado, através da SESP, apoiando a proposta de uma equipe de profissionais da psiquiatria paraense, inicia o processo de desospitalização, mesmo sofrendo oposição e pressão da sociedade, principalmente de familiares e de políticos. A desativação do Hospital Juliano Moreira ocorreu com a justificativa de que a maioria das internações psiquiátricas era uma obstrução ao sistema de saúde. Os profissionais envolvidos nesta ação entendiam que, nessas internações, ocorriam enormes distorções, pois muitos pacientes graves e crônicos já não encontravam mais um tratamento condigno que conjugasse atendimento extra-hospitalar e alternativas assistenciais capazes de melhorar o estado do paciente (PEDROSO, 1999).

As idéias de que a hospitalização na forma segregacionista é prejudicial em si, pois cronifica e aliena; de que o hospital é um recurso menos construtivo do que os outros recursos possíveis no mundo da psiquiatria moderna; de que fora do espaço exclusivamente hospitalar, com tratamento ambulatorial e acompanhamento familiar, os pacientes podem melhorar sensivelmente; de que a existência dos hospitais psiquiátricos mobiliza considerável orçamento financeiro e impede a criação de formas alternativas de atendimento e que a internação psiquiátrica estigmatiza, humilha, brutaliza e cria, por inferência, segundo Pedroso (1999), uma resistência a qualquer tentativa terapêutica por parte do usuário, eram compartilhadas por gestores e técnicos da saúde mental do Estado do Pará, no ano de 1980.

Estes pressupostos, somando-se às condições das instalações físicas do maior hospital psiquiátrico do Estado naquela época, fizeram com que um grupo de profissionais se posicionasse contra a continuidade dos atendimentos naquele asilo, mesmo enfrentando forte oposição de grupos que defendiam a psiquiatria ortodoxa e clamavam pela manutenção da hospitalização generalizada.

O Hospital Juliano Moreira, na década de 80, passava por uma crise, em função das precárias condições de manutenção de suas edificações, que se agravaram após sofrer um incêndio em novembro de 1982. Não havendo verbas para sua reforma e reconstrução, muitos pacientes que ficaram desalojados, foram encaminhados para a Casa Transitória, outra instituição de internação psiquiátrica credenciada do SUS. Outros foram para o Centro Integrado de Assistência Social do Pará (CIASPA) e outros para o Hospital Aloysio da Fonseca, hospital que funcionava ao lado do Juliano Moreira. Aproveitando este momento de mudança e a necessidade de reduzir o número de internos, considerando a escassez de leitos psiquiátricos, alguns pacientes foram reintegrados às suas famílias. (PEDROSO, 1999).

Após estas medidas, os casos mais graves e os novos casos de surto psicótico agudo e emergências psiquiátricas, passaram a ser atendidos no Hospital Aloysio da Fonseca, que passou a funcionar como Unidade de Referência Psiquiátrica até a sua extinção, coincidindo com a criação do Hospital de Clínicas Gaspar Vianna.

O Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, em 1989, sob a forma de Hospital Geral, inserindo a Clínica Psiquiátrica em seus grupos de especialidade, passou a fazer parte do Sistema de Saúde Pública Estadual e referência psiquiátrica para todo o Estado do Pará, encerrando o ciclo dos asilos, como o Hospital Juliano Moreira que funcionou por 97 anos.

Paralelamente ao desmonte do asilo Juliano Moreira, em 1982 foi inaugurado o Centro de Assistência Social do Pará – CIASPA, destinado a acolher e atender os pacientes doentes mentais crônicos, alienados de seus direitos civis, políticos e sociais, uma vez que pela internação asilar prolongada tinham perdido todo e qualquer contato com o seu meio social e familiar de origem (PEDROSO, 1999).

O Hospital de Clínicas passou a oferecer um Serviço de Internação Psiquiátrica Breve (SIB). Respeitando as especificidades das normas do Ministério da Saúde, instituiu-se o Serviço de Emergência Psiquiátrica e o Ambulatório de Psiquiatria. O Serviço de Hospital-Dia veio se constituir após uma demanda do SIB que, na busca por reduzir o tempo de hospitalização de seus pacientes, implantou uma abordagem terapêutica denominada de *permissão*, quando após avaliação da equipe multiprofissional de assistência, o doente era considerado apto a passar o fim de semana ou feriados em sua casa junto com seus familiares. Ao seu retorno, considerando sua capacidade de convivência fora dos cuidados intensivos do hospital, a equipe decidia pela sua alta.

Aos poucos, esta prática foi se intensificando e se aprimorando, até chegar à proposta de criação de um Programa de Tempo Parcial, quando, levando em conta as possibilidades e

necessidades dos pacientes e de seus familiares, os doentes internados no SIB, poderiam receber alta e ficariam freqüentando o Hospital apenas pelo período diurno, retornando para suas residências para passar a noite. Da experiência deste Programa, evolui-se para a criação e implementação do Hospital-Dia, nos moldes em que hoje funciona.

Assim, estabelecia-se a rede de Serviços de Saúde Mental do Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, que já contava com a Emergência, a Internação, o Ambulatório e, a partir de 1996, com o Hospital-Dia.

Vale ressaltar que, nessa época, não existia em Belém ou no Estado do Pará nenhum outro dispositivo de assistência ao doente mental que não fossem estes do Hospital de Clínicas, os Ambulatórios de referência psiquiátrica, chamados de Pólos Psiquiátricos e as Unidades Básicas de Saúde, que atendiam com equipe de profissionais generalistas treinados em saúde mental. Só muitos anos depois é que se implantou os primeiros CAPS e estes se espelharam no HD da FHCGV para sua estruturação e funcionamento.

4 O PARADIGMA DA DISCIPLINA E O ESPAÇO ASILAR.

A reforma psiquiátrica iniciou seu processo de transformação questionando os asilos, tidos como lugar de maus tratos e de exclusão social. Nas últimas décadas, entretanto, a reforma tem enfatizado a preocupação com a assistência psiquiátrica que possui, entre seus pressupostos, a busca da normatização e o controle.

Para o tema que persigo — as relações de poder dentro dos serviços de assistência psicossocial — essa demarcação é importante, uma vez que o caminho e a conformação assumidos pela assistência ao doente mental, após a reforma, recebem influência dessas marcas fundadoras.

Busco analisar as relações de poder que, porventura, ainda possam estar presentes nas práticas destes profissionais de saúde, ou seja, entender até que ponto suas práticas podem estar orientadas pela representação do hospital como um espaço corretivo, de vigilância e de punição, de reorganização moral das condutas e dos hábitos dos pacientes.

Se o paradigma que sustenta o funcionamento do serviço ainda é o da disciplina, a mudança dependerá muito mais do modo de funcionamento da equipe, do exercício permanente de discussão e de avaliação das condutas e, principalmente, da possibilidade

destes profissionais terem um referencial para pensar suas relações com os pacientes e familiares, seja qual for o tipo de tratamento oferecido.

Este referencial poderia ser qualquer outro, mas escolhi o referencial *foucaultiano*, uma vez que seus textos auxiliaram a compreender este processo e por ser a reforma psiquiátrica, também inspirada em seus pensamentos.

Os mecanismos disciplinares, como verificaremos adiante, já existem há séculos e são fatos da cultura e a sua história é a das culturas em que se desenvolvem. No entanto, a forma como Foucault aborda o poder disciplinar, tratando-o como um mecanismo, uma técnica de adestramento dos corpos, traz novidades que precisam ser compreendidas para se ter a dimensão do significado delas para a história da assistência psiquiátrica.

A relevância dada a Foucault, neste trabalho, se deve às idéias que nos possibilitam criticar e compreender os nossos modelos de assistência, usando seus argumentos fundamentados na filosofia e na história. Dentro de nosso recorte, destacaremos o exercício do poder enquanto relação de forças e valorizamos a articulação feita por Foucault entre subjetividade e poder.

Portanto, este capítulo tem como finalidade indicar os aspectos mais importantes da concepção de poder em Foucault, que em *Vigiar e Punir* (1997) apresenta-o sob uma nova concepção, identificando-o como uma estratégia cujos efeitos são atribuídos a disposições, manobras, táticas, técnicas e funcionamento.

Nessa perspectiva, o poder é uma relação de forças, não havendo nesta relação nem sujeito nem objeto “*a priori*”, mas apenas puras forças, por isso é exercido. Não é propriedade ou privilégio adquirido ou conservado de uma classe dominante. Não há um lugar privilegiado como fonte de poder (COUTINHO, 2001). A relação de poder é o conjunto das relações de forças, que passa tanto pelas forças dominadas quanto pelas dominantes, ambas constituindo singularidades (FOUCAULT, 1997, p.37).

O exercício do poder envolve um jogo de forças que não podem ser pensadas como sendo uma ativa e outra passiva, uma vez que não existe força passiva. Assim, afetar e ser afetado, espontaneidade e receptividade não são equivalentes à atividade e passividade.

A força, mesmo sendo afetada por outra, tem seu potencial que é a sua capacidade de resistência. A resistência é a potência da força, inerente a si própria, é o que a mantém como força. Resistência é o que permite o confronto com a dominação. Entendendo desta forma, em toda relação de poder há uma possibilidade de resistência. Não havendo um aprisionamento total pelo poder, é sempre possível modificar sua dominação em condições

determinadas e segundo uma estratégia precisa. O homem é como um conjunto de forças que resiste e enquanto ser tem uma capacidade imprevisível (COUTINHO, 2001, p. 72).

Ao caracterizar o poder, Foucault não o identifica com a soberania, afastando-se desta forma tanto de uma concepção jurídica, presente na filosofia política clássica, como também da interpretação marxista que identifica o poder como algo que se exerce sobre o outro, seja pela violência, seja pela ideologia e que, para isto, se utilizaria de instrumentos tal qual o Estado e seus aparelhos (CHAVES, 1988).

É falso definir o poder como algo que apenas impõe limites e castigo. Por isso, Foucault acrescenta ao poder, uma concepção positiva (mas não num sentido moral) que pretende dissociá-lo dos termos dominação e repressão, levando-nos a pensar que nenhum grupo social se manteria se o poder fosse exclusivamente baseado na repressão. Com esta forma de pensar, Foucault situa o poder atravessando o corpo social.

A idéia básica de Foucault é de mostrar que as relações de poder não se passam fundamentalmente nem ao nível do direito, nem da violência, nem são basicamente contratuais nem unicamente repressivas (MACHADO, 2004, p. XV).

O poder não pode ser considerado como uma realidade que possua uma natureza, uma essência que possa ser definida por suas características universais. Não existe uma entidade que possa ser chamada de poder. O poder só pode ser identificado pelas suas diferentes formas de manifestação e que estas, por sua vez, encontram-se em constante transformação. Assim sendo, o poder não é um objeto natural, uma coisa, é uma prática social e, como tal, constituída historicamente (MACHADO, 2004).

Considerando o poder como uma prática, o que se pode investigar, quando se propõe tê-lo como objeto, são os seus procedimentos técnicos que realizam um controle detalhado, minucioso do corpo, dos gestos, das atitudes, dos comportamentos, dos hábitos, dos discursos.

A função do poder não é destruir o homem e elimina-lo da vida social e impedir o exercício de suas atividades, mas sim, gerir a vida dos homens, controlá-los em suas ações para que seja possível e viável utiliza-los ao máximo, aproveitando suas potencialidades e utilizando um sistema de aperfeiçoamento gradual ao mesmo tempo político e econômico: aumentando sua capacidade de trabalho e produção e diminuindo sua capacidade de revolta, de resistência, de luta, de insurreição contra as ordens

do poder, neutralizando os efeitos de contra-poder, isto é, tornar os homens dóceis politicamente (MACHADO, 2004, p. XVI).

A partir desta concepção das ações do poder, pode-se vê-lo não apenas por uma visão negativa, como aquilo que exclui, que reprime, que recalca, que censura, que mascara, que esconde. Passa-se a vê-lo com uma positividade (o que não implica em nenhuma apreciação moral). Tem como alvo o corpo humano, não para aprisioná-lo, mas para adestrá-lo.

No século XVII, pensava-se — ou acreditava-se — que o vigor, a coragem, o orgulho, as atitudes eram coisas naturais. A pessoa já os trazia desde o nascimento. A partir da segunda metade do século XVIII, esta pessoa tornou-se algo que se poderia fabricar de uma massa informe, de um corpo inapto que se poderia corrigir. Aos poucos se daria a ela, a fisionomia que se desejasse, utilizando-se técnicas de treinamento, de manipulação e de regulamentos. Neste momento, o corpo passou a ser objeto e alvo do poder, obedecendo, respondendo e se tornando hábil (FOUCAULT, 1997).

Não é apenas a partir do século XVIII que o interesse pelo corpo como objeto de poder se destaca. “Em qualquer sociedade, o corpo está preso no interior de poderes muito apertados, que lhe impõem limitações, proibições ou obrigações” (FOUCAULT, 1997, p.118). A novidade está na instrumentalização de novas técnicas. O interesse atual está nos “métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõe uma relação de docilidade-utilidade. São o que podemos chamar as ‘disciplinas’” (ibid). Entendendo como “dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado” (ibid).

Foi a esta relação de poder, que tem como alvo o adestramento do corpo humano, que Foucault chamou de disciplina ou poder disciplinar. É um poder que trabalha o corpo dos homens, manipula seus elementos, produz seu comportamento, enfim, fabrica o tipo de homem necessário ao funcionamento e manutenção da sociedade industrial capitalista. O poder disciplinar não destrói o indivíduo. Ao contrario, fabrica-o.

Este momento histórico da disciplina difere dos demais por visar não somente o aumento das habilidades do corpo humano, muito menos procurar sua submissão, mas a formação de uma relação que, com a mesma tecnologia, o torna tanto mais obediente como mais útil.

A disciplina aumenta as forças do corpo em termos econômicos de utilidade e diminui essas forças do corpo em termos políticos de obediência. Pretende-se ter o domínio sobre o corpo dos outros, não simplesmente para que façam

o que se quer, mas para que operem como se quer, com as técnicas, segundo a rapidez e a eficácia que se determina (FOUCAULT, 1987, p. 119).

Em suma, a coerção disciplinar estabelece no corpo o elo coercitivo entre uma aptidão aumentada e uma dominação acentuada.

Somente o poder estruturado de disciplina é capaz de individualizar o homem. As técnicas disciplinares, que são técnicas de individualização, agem sobre o corpo, adestrando seus gestos, regulando seu comportamento, normalizando seu prazer, interpretando seu discurso, com o objetivo de separar, comparar, distribuir, avaliar, hierarquizar (MACHADO, 2004, p. XXII).

Esta é uma das teses fundamentais da genealogia do poder: o poder é produtor de individualidade. O indivíduo é uma produção do poder e do saber.

Foucault não aceitava a tese de que existia um indivíduo com características, desejos, comportamentos, hábitos, necessidades, que seriam investidas pelo poder e sufocadas, dominadas, impedida de se expressar. Para ele, o que existia era uma massa desordenada, confusa que o esquadramento disciplinar se responsabilizava por fazer nascer uma multiplicidade ordenada no seio da qual o indivíduo emergia como alvo do poder (MACHADO, 2004).

Em *Verdade e Poder* (2004), Foucault define disciplina como uma técnica de exercícios de poder que foi não inteiramente inventada, mas elaborada em seus princípios fundamentais durante o século XVIII. Historicamente, as disciplinas já existiam desde a Idade Média e mesmo na Antiguidade. Como exemplo, podem-se considerar os mosteiros, no interior dos quais reinava o sistema disciplinar. A escravidão e as grandes empresas escravistas instaladas nas colônias espanholas, inglesas, francesas, holandesas, etc., podiam ser modelos de mecanismos disciplinares. Até se retrocedêssemos à Legião Romana, encontraríamos exemplos de disciplina. Como podemos perceber, os mecanismos disciplinares são antigos, mas existiam em estado isolado, fragmentado, até os séculos XVII e XVIII, período em que foram se aperfeiçoando como técnica de gestão dos homens. Costuma-se exaltar as invenções técnicas do século XVIII nas áreas das tecnologias químicas, metalúrgicas, etc., mas não se alude à invenção dessa nova forma de gerir os homens, controlar suas multiplicidades, utilizá-las ao máximo e majorar o efeito útil de seu trabalho e sua atividade, graças a um sistema de poder suscetível de controlá-los (FOUCAULT, 2004).

O exercício do poder disciplinar se utiliza de diversas técnicas e uma delas é a distribuição dos indivíduos no espaço, a especificação de um local, a delimitação do espaço e

a distribuição dos indivíduos dentro dos mesmos é um tipo de controle, como foi a criação dos colégios, quartéis, hospitais e fábricas, que possibilita a dominação das forças de trabalho, tirando delas o máximo de vantagens e neutralizando seus inconvenientes como os roubos, interrupções do trabalho e agitações.

O espaço disciplinar tende a se dividir em tantas parcelas quanto corpos ou elementos há a repartir. É preciso anular os efeitos da circulação difusa e incentivar a tática de antideserção, de antivadiagem, de antiaglomeração. Importa estabelecer as presenças e as ausências, saber onde e como encontrar os indivíduos, instaurar as comunicações úteis, interromper as outras, poder a cada instante vigiar o comportamento de cada um. “Procedimento, portanto, para conhecer, dominar e utilizar. A disciplina organiza um espaço analítico” (FOUCAULT, 1997, p. 123).

O hospital, em sua estrutura física, foi organizado para se constituir em um instrumento de ação médica, permitindo que os doentes fossem observados continuamente, prevenindo-se os comportamentos indesejáveis a partir da construção de uma rede de olhares que se controlam uns aos outros, sustentada pelo princípio “do encaixamento espacial das vigilâncias hierarquizadas” (ibid, p. 144).

A vigilância hierarquizada é um dispositivo que, pelo jogo de olhares, induz a efeitos do poder, onde se constrói uma rede de olhares que se controlam uns aos outros, cada olhar seria uma peça no funcionamento global do poder. Esta rede de relações pode funcionar de alto a baixo, mas também de baixo para cima e lateralmente. “O poder na vigilância hierarquizada das disciplinas não se detém como um objeto, não se transfere como uma propriedade, funciona como uma máquina” (FOUCAULT, 1997, p. 148).

O poder disciplinar está em toda parte e controla continuamente os mesmos que estão encarregados de controlar. É um poder relacional que se auto-sustenta e funciona permanentemente e em grande parte em silêncio.

A inobservância ou tudo que está inadequado à regra ou que se afasta dela é considerado um desvio e pertence à penalidade disciplinar. O castigo disciplinar deve ser essencialmente corretivo. Deve-se evitar usar castigo, deve-se procurar tornar as recompensas mais freqüentes que as penas, sendo os indivíduos incitados pelo desejo de serem recompensado. Este mecanismo permite ao poder disciplinar, qualificar os comportamentos e desempenhos a partir de dois valores opostos: o do bem e o do mal, ao invés de simplesmente separar o que é proibido como é feito na justiça penal. Nesta caracterização, pode-se estabelecer uma classificação hierárquica, uma ordenação. A disciplina recompensa pelo jogo

das promoções que permitem hierarquias e lugares; pune rebaixando e degradando. O próprio sistema de classificação vale como recompensa ou punição.

A arte de punir, no regime do poder disciplinar, não visa à expiação, nem mesmo exatamente a repressão. Põem em funcionamento cinco operações bem distintas: relacionar os atos, os desempenhos, os comportamentos singulares a um conjunto, que é ao mesmo tempo campo de comparação, espaço de diferenciação e princípio de uma regra a seguir. Diferenciar os indivíduos em relação uns aos outros e em função desta regra de conjunto – que se deve fazer funcionar como base mínima, como média a respeitar ou como o ótimo de que se deve chegar perto. Fazer funcionar, através dessa medida ‘valorizadora’, a coação de uma conformidade a realizar. Enfim, traçar o limite que definirá a diferença em relação a todas as diferenças, a fronteira externa do anormal (FOUCAULT, 1997, p. 152-153).

Trata-se de um mecanismo de sanção normalizadora, que diferencia os indivíduos em relação uns aos outros e, em função dessa regra de conjunto, deve-se fazer funcionar normas gerais e estabelecer a regularização dos processos e dos produtos.

Buscam-se graus de normalidade que são sinais de filiação a um corpo social homogêneo, mas que têm em si mesmos um papel de classificação, de hierarquização e de distribuição de lugares. Esta técnica disciplinar que regulamenta e obriga à homogeneidade, também nos leva à individualização, permitindo-nos medir, determinar os níveis, fixar as especialidades de cada um e tornar úteis as diferenças, ajustando-as umas às outras.

Para se chegar ao reconhecimento da medicina como ciência, no fim do século XVIII, foi necessário a organização do hospital como um aparelho de “examinar”. A visita de inspeção que, anteriormente, se constituía em uma atividade descontínua e rápida, foi substituída pela observação regular, mais rigorosa, transformando-se em um ritual de exame, ocupando uma parte cada vez mais importante do funcionamento hospitalar. “O sucesso do poder disciplinar se deve, sem dúvida, ao uso de instrumentos simples: o olhar hierárquico, a sanção normalizadora e suas combinações num procedimento que lhe é específico, o exame” (FOUCAULT, 1997, p. 143).

Com a técnica do exame, marcada por seus rituais de horários, de frequência e duração, de seus métodos, de seus personagens (médicos, enfermeiros e etc.) e seus papéis, de

seus jogos de perguntas e respostas e por seus sistemas de notas e de classificação, o hospital torna-se um local de formação e de aperfeiçoamento científico possibilitado por relações de poder e constituição de um saber.

O exame combina as técnicas da hierarquia que vigia e as de sanção que normaliza. É um controle normalizante, uma vigilância que permite qualificar, classificar e punir... Nele vem se reunir a cerimônia do poder e a forma de experiência, a demonstração de força e o estabelecimento da verdade (FOUCAULT, 1997, p. 154).

A originalidade do poder disciplinar se funda na sua invisibilidade, enquanto o poder tradicional ganha força ao se mostrar, ao se manifestar e se deixar ver para aqueles sobre os quais é exercido. O poder disciplinar, ao contrário, ganha sua força tornando-se invisível àqueles a ele submetidos. Na disciplina, são os subalternos que devem ser vistos. Com o exame, se inverte a economia da visibilidade no exercício do poder.

É o fato de ser visto sem cessar, de sempre poder ser visto, que mantém sujeito o indivíduo disciplinar. E o exame é a técnica pela qual o poder, em vez de emitir os sinais de seu poderio, em vez de impor sua marca aos seus súditos, capta-os num mecanismo de objetivação (FOUCAULT, 1997, p. 156).

A individualidade passa a ser documentada a partir do exame, pois “seu resultado é um arquivo inteiro com detalhes e minúcias que se constitui ao nível dos corpos e dos dias” (ibid, p.157). Todos os comportamentos, atitudes, virtualidades, suspeitas, são registradas — uma tomada de contas permanente do comportamento dos indivíduos. Estes procedimentos são seguidos de um sistema de registro que resulta em uma produção documentária. Instaure-se um poder pelo que é escrito e registrado, constituindo-se na peça fundamental da hierarquia disciplinar a partir do momento em que identifica os doentes, rejeita os simuladores, acompanha a evolução das doenças, verifica a eficácia dos tratamentos, descobre casos análogos e os começos de epidemias.

A adoção das técnicas documentárias, a organização dos dados individuais em sistemas cumulativos fizeram de cada indivíduo submetido ao poder disciplinar, um caso:

(...) um caso que ao mesmo tempo constitui um objeto para o conhecimento e uma tomada para o poder. O caso não é mais, como na casuística ou jurisprudência, um conjunto de circunstâncias que qualificam um ato e podem modificar a aplicação de uma regra, e o indivíduo tal como pode ser

descrito mensurado, medido, comparado a outros e isso em sua própria individualidade, e é também o indivíduo que tem que ser classificado, normalizado, excluído e etc. (FOUCAULT, 1997, p. 159).

Estes registros não mais iriam se tornar documentos para a exibição de uma memória ou monumento de um indivíduo. A descrição a seu respeito passou a ser um método de dominação. essa nova técnica de descritibilidade se caracterizou pelo enquadramento disciplinar:

... o doente, o louco, o condenado se tornarão, cada vez mais facilmente a partir do século XVIII e segundo uma via que é a dos mecanismos da disciplina, o objeto de descrições individuais e de relatos biográficos. Esta transcrição por escrito das existências reais não é mais um processo de heroificação; funciona como processo de objetivação e de sujeição (FOUCAULT, 1997, p. 159).

Nas sociedades em que o poder era visível e exercido de forma explícita, a ênfase era dada àquele que tinha o poder e o seu exercício. Era dele que se falava e que se escrevia, descrevendo sua história, contando seus atos de bravura, desenhando sua genealogia, ressaltando sua família, dando à sociedade o conhecimento destes documentos através de cerimônias e de comemorações.

Com a instituição do poder disciplinar, a visibilidade recai sobre aquele que é submetido ao poder. O exercício do poder se torna mais anônimo, ganhando com isso mais funcionalidade, deixando de existir um indivíduo que exerce o poder, passando este poder ser exercido por uma rede hierarquizada e organizada de olhares que se controlam uns aos outros.

“Para se exercer, esse poder deve-se adquirir um instrumento para uma vigilância permanente, exaustiva, onipresente, capaz de tornar tudo visível, mas com a condição de se tornar ela mesma invisível. Transformando todo o corpo social em um campo de percepções” (FOUCAULT, 1997, p. 176).

O século XVIII inventou as técnicas da disciplina como a Idade Média inventou o inquérito policial. O exame permaneceu o mais próximo possível do poder disciplinar que o originou, tornando-se uma peça intrínseca das disciplinas. É evidente que ele se aperfeiçoou ao se integrar às ciências como a psiquiatria e a psicologia, efetivando-se sob as formas de testes, de entrevistas, de interrogatórios e de consultas.

Com o aperfeiçoamento destas técnicas e instrumentos, o sujeito submetido passou por um processo de individualização constituída a partir da fiscalização, por observações constantes e por medidas comparativas que tinham a “norma e os desvios” como referência. E, a partir delas, se multiplicaram os efeitos do poder disciplinar, pois, à medida que ele era

exercido, maior quantidade de informações se obtinha e maior era o acúmulo destes novos conhecimentos.

O indivíduo passa a ser uma realidade fabricada por esta tecnologia disciplinar do poder. O poder deixa de ter apenas efeitos negativos como a exclusão, a repressão e o recalçamento. Ele, na verdade, produz realidade, produz campos de objetos e de rituais da verdade. O indivíduo e o conhecimento sobre este indivíduo são produzidos nesta realidade.

A disciplina não pode se identificar como uma instituição nem com um aparelho; ela é um tipo de poder, uma modalidade para exercê-lo, que comporta todo um conjunto de instrumentos, de níveis de aplicação, de alvos; ela é *física* ou uma *anatomia* do poder, uma tecnologia. E pode ficar a cargo seja de instituições *especializadas* (as penitenciárias, ou as casas de correção do século XIX) seja de instituições que dela se servem como instrumento essencial para um fim determinado (as casas de educação, os hospitais) (FOUCAULT, 1997, p. 177).

Foucault, em *Vigiar e Punir* (1997), faz uma comparação entre o tratamento dado aos leprosos e aos pestilentos no século XVII, ressaltando que, aos leprosos, era necessário a exclusão, o fechamento, o exílio, já, à peste, eram reservados os esquemas disciplinares, um bom treinamento com as diferenciações individuais de efeitos limitantes sob um poder que se multiplicava, se articulava e se subdividia. Ressalta que são esquemas diferentes, mas não excludentes e que vão se aproximar lentamente, ao longo de suas práticas, o que será possível verificar no século XIX, quando se identifica a aplicação da técnica de poder, própria do esquadramento disciplinar aos espaços de exclusão, que antes se restringia ao leproso e agora se dirige também aos mendigos, aos vagabundos, aos loucos e aos violentos. Passou-se a utilizar esses processos de individualização para marcar exclusões; o asilo psiquiátrico, a penitenciária, a casa de correção, o estabelecimento de educação e os hospitais de um modo geral passaram a funcionar num duplo modo: o da divisão binária e da marcação pelo seu “contrário”, louco-não louco; normal-anormal; perigoso-inofensivo, sempre com a possibilidade de identificá-los e de modificá-los.

Duas imagens, portanto, da disciplina: em um extremo, apresenta-se a disciplina exercida pela instituição fechada, estabelecida à margem e voltada para fazer parar o mal, rompendo com as comunicações. No outro extremo, detecta-se a disciplina como um mecanismo, uma técnica que, melhorando o exercício do poder, torna-o capaz de coerções sutis, formando o que se poderia chamar, a grosso modo, a sociedade disciplinar.

Para se chegar a esta organização, foi necessário a inversão de alguns valores como: a disciplina deixa de ser usada apenas para neutralizar perigos e isolar populações, passa-se a

lhe atribuir um papel positivo de aumentar a utilidade dos indivíduos. As disciplinas passam a funcionar cada vez mais como técnicas que fabricam indivíduos úteis.

Os mecanismos disciplinares se desinstitucionalizam, deixando as fortalezas fechadas onde funcionavam como os asilos, os conventos e os quartéis, e passam a circular em estado livre e um exemplo desta prática se observa nos hospitais, concebidos cada vez mais como ponto de apoio para a vigilância médica da população externa. Os grandes hospitais passam a ser substituídos por hospitais de pequeno porte que continuam com a função de recolher os doentes de suas cercanias, mas, principalmente, de reunir informações, tomar conta dos fenômenos endêmicos ou epidêmicos, abrir dispensários, dar conselhos aos moradores e manter as autoridades a par do estado sanitário da região, disseminando, portanto, um controle social.

Os hospitais tornam-se, pelas disciplinas, aparelhos tais que qualquer mecanismo de objetivação pode valer neles como instrumento de sujeição, e qualquer crescimento de poder dá neles lugar a conhecimentos possíveis; foi a partir desse laço, próprio dos sistemas tecnológicos, que se puderam formar no elemento disciplinar a medicina clássica, a psiquiatria, a psicologia da criança, a psicopedagogia, a racionalização do trabalho. Duplo processo, portanto: arrancada epistemológica a partir de um afinamento das relações de poder; multiplicação dos efeitos de poder graças à formação e à acumulação de novos conhecimentos (FOUCAULT, 1997, p. 185).

Tanto as fábricas, como a escola e o exército, os asilos psiquiátricos, as prisões, os hospitais e conventos tornam-se alvo deste novo tipo de poder. Ao se pensar este novo tipo de poder que não funciona exclusivamente por repressão, exclusão, impedimento, ameaça, veto, mas como modelo que induz comportamento, sentimentos, formas de pensar, passa-se a identificar um modelo que possui uma produtividade.

Há uma produtividade no poder disciplinar quando indo além da repressão, produz objeto e práticas, que constituem saberes, legitimados, os quais realimentam o exercício do poder (TORRE e AMARANTE, 2001, p. 17).

Foucault, em *As Palavras e as Coisas* (1966), caracteriza o saber como todo discurso possuidor de positividade, independente de sua classificação como científico, filosófico, artístico, religioso, etc. Este saber adquire o mesmo status atribuído ao conhecimento científico, considerando que somente pretendia ter a exclusividade de ser considerado um saber (CHAVES, 1988).

Saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber. É assim que o hospital não é apenas local de cura, máquina de curar, mas também instrumento de produção, acúmulo e transmissão de saber (MACHADO, 2004, p. XXII).

Nem sempre a loucura foi considerada como uma doença. Essa concepção, dando à loucura o *status* de enfermidade mental, se constitui juntamente com o alvorecer da psiquiatria, no início do século XIX.

A psiquiatria seria a disciplina que deteria o saber sobre a loucura, que foi marcada pela desqualificação do louco como alguém incapaz de dizer qualquer verdade mesmo que de si mesmo. Conseqüentemente, a loucura foi excluída da cena social. A constituição da psiquiatria como um saber específico sobre a loucura marcou o triunfo do domínio inquestionável da razão sobre a desrazão, destituindo da experiência da loucura qualquer possibilidade de produção e reduzindo-a à pura desrazão e à condição do nada no registro da enunciação e, progressivamente, a loucura foi sendo colocada sob suspeita e inscrita nos limites do inaudível, esvaziada de seu poder oracular que tinha no Renascimento, e de seu potencial de enunciar um saber, culminando com sua patologização (FOUCAULT, 1997).

Em *A Casa dos Loucos* (2004), Foucault expõe que a prática do internamento, no começo do século XIX, baseou-se na concepção de que a loucura estava relacionada a uma conduta que se afastava do que, para a época, era normal e regular. Desse modo, um novo saber sobre a loucura se estabelecia e, com ele, uma nova estratégia sobre ela se constituiu. A loucura deixava de ser percebida como um julgamento perturbado, passando a ser tratada como uma desordem na maneira de agir, de querer, de sentir paixões, de tomar decisões e de ser livre. A partir desse novo saber, seu processo de cura não poderia se fazer mais pelo movimento em que o erro, o julgamento perturbado e a verdade deveriam ser dissipados e corrigidos, mas sim, quando por ações de poder e de submissão às normas e às regras, o louco deveria voltar às afeições morais dentro de limites estabelecidos. Isso compreendia o desejo de rever seus amigos, seus filhos, as lágrimas de sensibilidade, a necessidade de abrir seu coração, de estar com sua família, de retornar seus hábitos (FOUCAULT, 2004).

A loucura no hospital deve encontrar uma vontade reta e paixões ortodoxas, para tanto se deve aplicar um método perturbador. Deve-se subjugar todo o caráter de certos doentes, vencer suas pretensões, domar seus arroubos, quebrar seu orgulho, ao passo que se deve excitar e encorajar outros. . Assim

se estabelece a função curiosa do hospital psiquiátrico do século XIX: lugar de diagnóstico e de classificação. Mas também espaço fechado para um confronto, lugar de uma disputa, campo institucional onde se trata de vitória e submissão... (FOUCAULT, 2004, p. 124).

É como se o louco estivesse desqualificado e despojado de todo poder e todo saber acerca de sua doença. A loucura passa a ser tida como objeto de conhecimento da ciência médica. O médico sabe sobre a doença e sobre a singularidade do doente. Este conhecimento outorga ao médico, o direito e o poder de chamar a loucura de doença e de se sentir qualificado para intervir e diagnosticar, tendo a competência para corrigir erros e impor à desordem e ao desvio, a normalidade (FOUCAULT, 2004). As intervenções devem ser materiais porque se dão ao nível do corpo e da moral visto que recaem ao nível da conduta, na vida dos homens.

As grandes estruturas asilares que se instalaram no começo do século XIX, foram justificadas pelos resultados que traziam, protegendo a ordem social contra a desordem dos loucos e as necessidades de isolamento como uma ação terapêutica aos doentes, uma vez que o tratamento destes se exercia pela dominação do poder do louco, pelo afastamento de tudo que, no meio em que se inseria o doente, pudesse lhe influenciar, exaltando-lhe a doença ou mascarando-a.

Todas as técnicas ou procedimentos efetuados no asilo do século XIX – isolamento, interrogatório, tratamentos-punições como ducha, pregações morais, encorajamentos ou repreensões, disciplina rigorosa, trabalho obrigatório, recompensa, relações preferenciais entre médico e alguns de seus doentes, relações de vassalagem, de posse, de domesticidade e às vezes de servidão entre doente e médico – tudo isso tinha por função fazer do personagem do médico o “mestre da loucura” (FOUCAULT, 2004, p. 122).

O asilo dá ao psiquiatra, o poder, justificando-se com o fato de que o médico conhece as doenças e os doentes e detém o saber científico, o que lhe permite intervir e tomar decisões.

Entretanto, este poder passou a ser questionado no fim do século XIX, quando Laing, Basaglia, Cooper, passaram a denunciar os excessos desta relação de poder estabelecida, tratando-a como uma violência contra o doente e com segregação, pois eram separados aqueles que tinham poder daqueles que não o tinham. Iniciam-se as reformas da prática e do pensamento psiquiátrico. A antipsiquiatria se faz presente, atacando a instituição asilar como lugar e forma de distribuição de relações de poder, porque o doente, pelo simples fato de estar

internado, passa a ser cidadão sem direitos, abandonado à arbitrariedade dos profissionais que dele se ocupam (FOUCAULT, 2004).

As relações de poder constituíam o *a priori* da prática psiquiátrica. Elas condicionavam o funcionamento da instituição asilar, aí distribuíam as relações entre os indivíduos, regiam as formas de intervenção médica. A inversão característica da antipsiquiatria consiste ao contrário em colocá-los no centro do campo problemático e questiona-los de maneira primordial (FOUCAULT, 2004, p. 127).

A relação de dominação do médico sobre o doente incide rigorosamente sobre a redução da doença a estritamente seu mínimo; aos signos necessários e suficientes para que possa ser diagnosticado como doença mental, e às técnicas indispensáveis para que estas manifestações desapareçam. Articulado o diagnóstico e a terapêutica, o conhecimento da natureza da doença e a suspensão de suas manifestações, estas práticas poderiam ser chamadas de psiquiatria de produção nula porque anulam a produção da verdade, sendo exercidas pela psico-cirurgia e pela psiquiatria farmacológica (FOUCAULT, 2004).

O poder também é exercido de forma inversa quando o médico intervém com o doente, tendo como regra desta relação, o encontro privado, o contato entre médico e doente. Estabelece uma relação ao nível estritamente do discurso, na qual o doente deve obedecer à regra fundamental de falar livremente tudo que lhe vier ao pensamento, a regra do divã, que reconhece como realidade tudo que possa ser produzido neste lugar e nesta hora de encontro entre doente e profissional, e este exerce o seu poder retirando-se no silêncio e na invisibilidade. Este fazer é característico da psicanálise (Ibid). “A psicanálise seria, nesta perspectiva de leitura, mais um saber sobre a loucura, ao lado de outros já existentes, estando, pois, em continuidade com a psiquiatria e não implicando qualquer ruptura significativa com esta” (BIRMAN, 2000, p.39).

A experiência psicanalítica teria como as outras práticas, a intenção de promover a desalienação mental. Seria esse o seu propósito e significação de cura, ou seja, a sua terapêutica busca a razão psicanalítica, a qual evidencia assim a posse de um saber que a loucura absolutamente não deteria. Nessa perspectiva, inscreve-se o dispositivo transferencial, inventado por Freud, em continuidade com o dispositivo do tratamento moral, constituído pela tradição do alienismo do século XIX (BIRMAN, 2000).

Para Foucault (2004) "todas as grandes reformas, não só da prática psiquiátrica, mas do pensamento psiquiátrico, se situam em torno desta relação de poder; são tentativas de deslocar a relação, mascará-la, eliminá-la e anulá-la, mas muitas vezes sem êxito" (p.124).

Considerando que o poder se constitui de uma prática e de relações, podemos pensar que as lutas contra seu exercício não poderiam ser feitas fora deste espaço onde esta luta tem lugar e, que se em qualquer relação de forças, há sempre a resistência. É nesta rede social com seus pontos móveis e transitórios que se devem buscar as mudanças uma vez que...

o poder está em todos os lugares (família, casais, hospital, escola, etc.) onde existam singularidades, uma vez que estas se constituem como relações de forças. O fundamental é que o exercício do poder seja dotado de procedimentos passíveis de discussão e de transformação. (COUTINHO, 2001, p. 71).

5 AS RELAÇÕES DE PODER E O HOSPITAL-DIA

Como abordado anteriormente, os indivíduos dominados por uma relação de poder passam a ter comportamentos e ações modeladas por regras, leis, modelos e idéias de conduta que, conseqüentemente, vão produzir formas de pensar, de sentir ou de agir que constituirão subjetividades, afastando-se cada vez mais das singularidades de cada um destes indivíduos que fazem parte desse grupo. Então, as relações de poder "produzem" subjetividades e estabelecem um padrão único de subjetivação, ao estabelecerem regras de relacionamentos esperados diante de determinadas situações, ou seja, um ideal de desempenho social que é imposto ao sujeito.

A prática terapêutica, que foi estabelecida após a reforma da assistência psiquiátrica, se opõe a este modelo tirânico — e historicamente estabelecido — que não se fazia acompanhar de nenhum investimento na subjetividade do sujeito.

A nova prática de atenção psicossocial busca um projeto terapêutico planejado a partir das singularidades do sujeito, devolve a palavra antes calada e cria um espaço terapêutico. Entretanto, como afirma Foucault, as relações de poder estão por toda parte, onde possam existir diferenças. Elas buscam o controle uniformizante, a passividade, a docilidade. Por isso, devemos estar sempre nos questionando, revendo nossas práticas terapêuticas, para

identificarmos se apesar da reforma, ainda estamos impregnados pela prática do poder disciplinar.

Acredito que não iremos abrir mão de todos os nossos instrumentos de controle como os prontuários, os livros de ocorrência, entretanto eles devem ser usados para acompanharmos os ganhos pessoais de nossos clientes, e para aprimorarmos nossa comunicação multiprofissional e não como mais um instrumento disciplinador.

Passemos a analisar um prontuário. Nele, todos os profissionais do HD devem descrever diariamente o que aconteceu com determinado paciente. Analisando semanticamente o termo “evolução”, que designa a atividade, deveríamos registrar o desenvolvimento, o progresso, o movimento regular e a transformação (FERREIRA, 1975) daquele paciente, identificando ganhos pessoais, tais como: se o mesmo já está se alimentando sem ajuda, se já consegue ir ao serviço sozinho, se já se manifesta nas atividades ou se ainda precisa de ajuda para expressar suas idéias, se já toma iniciativa sobre o que é melhor para ele naquele momento e, assim por diante. Mas, podemos escrever sobre o que ainda não conseguiu fazer, sobre as suas dificuldades e, paralelamente, planejar intervenções que possam ajudá-lo no caminho de busca de sua independência pessoal.

Neste plano, podemos incluir ações com familiares e com a própria equipe de profissionais envolvida com sua assistência. Entretanto, muitas vezes, o que observamos nos prontuários são registros de atividades. Os profissionais se preocupam em registrar as atividades por eles desenvolvidas, como se precisassem prestar contas do que fizeram naquele dia. Não importa o resultado da atividade para o paciente, o que a instituição cobra do profissional é que faça algo, seja um grupo terapêutico, seja uma oficina, seja uma entrevista. Ele deve “fazer” algo, deve se ocupar e ocupar o paciente.

No prontuário, também se controla a frequência do paciente, se ele veio ao serviço, se ele participou das atividades. Estas informações também nem sempre são para serem usadas no planejamento terapêutico do paciente, mas funcionam como um controle administrativo.

Se o paciente não participa dos grupos ou se não vem ao serviço, é avaliado como um paciente para alta porque “não adere ao programa”. Não se busca saber porque o mesmo não adere. Será que não adere por que aquela atividade oferecida não lhe interessa, não o motiva ou porque ele não consegue fazer aquilo que lhe solicitam? Será que ele não vem ao HD porque tem dificuldades de transporte, dificuldades para acordar cedo? Ou, finalmente, porque o mesmo não consegue se interessar pelo programa?

Todas estas perguntas mereceriam uma resposta, mas, muitas vezes, não são respondidas porque respondê-las, nos levariam a pensar e a propor atividades únicas e singulares para cada cliente. Porém, ao que nos propomos, são atividades uniformizantes.

O interessante é pensar que, quando a equipe consegue romper com esta prática sistematizada e tão impregnada pelas estratégias do poder disciplinar que nos atravessa, é possível visualizar alguns planejamentos individuais que valorizam a subjetividade do cliente.

Vejamos alguns recortes de evoluções de prontuários que podem descrever estas práticas:

Cliente participou do grupo de leitura, mostrando-se logorreico, comportamento desafiador, disperso diante da proposta desenvolvida no grupo (prontuário).

Cliente participou do trabalho de construção de problemas/sugestões para ser encaminhado à coordenação do HD (prontuário).

Cliente ausente do programa nesta tarde (prontuário).

Cliente com pouca tolerância, participou do grupo de relaxamento e massagem terapêutica, após sua sessão, falando alto, incomodando os demais clientes e atrapalhando o desenvolvimento do grupo. Após o lanche retornou para sua residência (prontuário).

Cliente participou do grupo de psicomotricidade. Mostrou-se mais calmo e tolerante. Conseguiu acompanhar as etapas da atividade de forma satisfatória. Apresentou comportamento adequado durante o desenvolvimento do grupo (prontuário).

Cliente mantém seu comportamento como um “estilo de conduta”, se relaciona com o grupo e atende as solicitações. Percebo que o cliente consegue estabelecer vínculos com o serviço e com as pessoas. Vem para o HD sozinho, chega no horário, sabe o nome das pessoas e a elas se dirige para conversar. Parece precisar de um referencial assim para se manter, pois ao sair de alta, como da outra vez, fica andando pela rua, fica irritado quando em casa, diz não querer ser “amamãezado”. Fora do HD cliente só frequenta o ambulatório. Sugiro fazermos seu encaminhamento, após alta, para o CAPS próximo de sua casa, penso que neste CAPS ele poderá estabelecer outros vínculos de amizade como fez aqui conosco (prontuário).

Freqüentemente, o registro das evoluções feitas nos prontuários tem o objetivo de controlar a freqüência dos pacientes e o controle das atividades dos profissionais, mas são usadas também para o controle dos critérios de alta, determinando quando o paciente já está participando de grupos e já não apresenta mais delírios e alucinações ou já controla sua agressividade. A partir do prontuário, é possível saber quem são os pacientes que estão “bem” para a alta, assim como identificar aqueles que precisam ser mais vigiados.

Como foi descrito, o paciente ao ser admitido no HD é encaminhado a um profissional de nível superior que será o seu técnico de referência, ou Monitor como é designado no HD. A denominação Monitor nos faz pensar naquele que monitora, que dá conselhos, lições (FERREIRA, 1975). As reuniões, que acontecem todas as segundas-feiras entre o técnico de referência e os pacientes sob os seus cuidados, são chamadas de Monitoria. Como o termo evoca: lugar para ação de controle, de observação, de fiscalização, de direção e mais, “aviso com que se convida o público a ir dizer o que soube acerca de um crime” (FERREIRA, 1975, p.940). Este Monitor passa a fazer parte de uma cadeia hierárquica de olhares. É dito ao paciente em sua admissão no seu contrato terapêutico,

tudo que lhe acontecer de agora em diante deve ser dito a mim, qualquer alteração que você venha a perceber em você, qualquer dificuldade que venha sentir, se você não puder vir ao HD por algum motivo, você deve sempre me procurar para me informar (prontuário)

O mesmo é dito para o acompanhante do paciente. Daí em diante, todos passam a “olhar” para aquele paciente e todos passam a informar o que no seu modo de agir, nos seus gestos, suas atitudes, seus hábitos e seu discurso devem ser de interesse do Monitor que, por sua vez, deverá intervir “corrigindo” ou neutralizando aquilo que não foi “considerado correto” dentro daquele espaço terapêutico.

O HD foi organizado com um grande salão com as salas de atendimento e de repouso em volta, de forma tal que os pacientes que se mantêm no salão são observados constantemente pelos profissionais que nele transitam ou permanecem. Aos consultórios, só vão acompanhados de um profissional para atendimentos individuais ou grupais. Há, entretanto, as salas de repouso que são distribuídas em repouso feminino e repouso masculino. Nestas salas, podem ir desacompanhados e não é raro vivenciarmos situações que são trazidas pelos próprios pacientes e familiares, de casos onde casais buscam as salas de repouso para se encontrarem e namorar ou quando apenas um paciente do sexo masculino ou feminino resolve investir sedutoramente ou sexualmente em pacientes, mas que nem sempre são correspondidos. Quando isso ocorre, imediatamente forma-se uma malha de informações, até chegar na equipe que toma as medidas de repreensão e comunica ao Monitor, que deverá intervir com o paciente ou pacientes envolvidos. Essa intervenção é, em sua maioria, uma intervenção pedagógica e de conteúdo moral. Houve casos em que a equipe precisou

organizar um plantão entre os profissionais para a vigilância às salas de repouso, como se pode verificar nos registros que se seguem:

Cliente A. queixou-se que cliente G. o tem assediado, acariciando e abraçando. Realizada intervenção com ambos, mas G. nega os fatos, acompanhante do cliente F. confirma a versão de A. Vamos ficar atentos, pois A. mostra-se irritado com a situação (Livro de Ordem e Ocorrência).

Explicitado a importância de que algum membro da equipe permaneça no salão durante a reunião técnica de cada horário (manhã e tarde) e o repasse do plantão destes horários. Sugerimos a formação de uma escala de plantão. Considerando as ocorrências de casos de namoro e assédio nas salas de repouso quando a equipe técnica se encontra em reunião (Ata de Reunião Administrativa).

No HD, é comum tratem-se as manifestações da sexualidade como manifestação psicopatológica, como um sintoma da enfermidade mental.

Birman, em *Sexualidade na Instituição Asilar* (1980), destaca que tratar o comportamento sexual como uma anomalia faz parte de um plano tático das relações de poder. Quando esgotadas as ações de repressão direta ao corpo ou a recuperação pedagógica da sexualidade, lança-se mão de um dispositivo tecnológico que fixa o comportamento como mórbido, o que conseqüentemente lhe permitirá a sua eliminação. Desta forma, o paciente passa a receber medicamentos e/ou tratamentos biológicos para conter a sua manifestação sexual.

Contudo, continua o autor, nem sempre essa tática se torna eficaz, nem mesmo quando combinada com outros planos táticos como a vigilância e a intervenção pedagógica, pois o cliente pode exercer seu contra-poder, não se sujeitando à regra proibitiva da sexualidade. Não esqueçamos que o poder disciplinar é exercido, está em toda parte, controla continuamente. É um poder relacional que se auto-sustenta e funciona permanentemente sem que seja necessário delegá-lo a alguém.

Aqueles que denunciam, são os mais identificados com as regras e com as leis e ainda são premiados com um atendimento mais afetivo, mais atencioso. A aqueles que se desviam das regras, os que a ela se opõem, são deixados de lado. Algumas vezes são excluídos de certas situações que seriam compensadoras como a possibilidade de receber um carinho, uma atenção especial ou até mesmo um lanche em dobro. Estes são tidos e vistos como diferentes. A eles, deve ser dado mais remédios ou a alta, porque não se filiam àquele grupo.

Birman (1980) complementa:

quando o paciente não se sujeita à regra proibitiva da sexualidade [...] a direção institucional resolve devolver o paciente para o seu lugar de origem, a Ordem familiar. A instituição psiquiátrica revela parcialmente o seu fracasso, abrindo mão de sua tutela sobre o paciente [...] devolvendo momentaneamente o poder sobre o louco para a Ordem familiar (p.43-44).

Situações como estas ilustram o dia-a-dia do HD e transformam-se em pautas para as reuniões técnicas e administrativas, como a transcrição que se segue:

Em reunião administrativa, foi exposto que cliente V. havia feito sexo com outra cliente e que o fato supostamente teria ocorrido durante o horário do almoço. A equipe conclui que se deve aumentar a vigilância nesse horário, bem como reforçar a vigilância por parte dos acompanhantes. Foi decidido que vamos solicitar agente de portaria para as equipes da manhã e tarde para o ano que vem [...]. Outros profissionais discutiram as normas quanto a vestimenta de familiares e acompanhantes, sugeriram que a equipe reforçasse a importância destes usarem vestimentas mais adequadas no ambiente hospitalar. Quanto ao cliente envolvido, foi decidido que será dada alta com encaminhamento para o CAPS (Ata de Reunião Administrativa).

Em outra Reunião Administrativa, mais uma vez tivemos como ponto de pauta, o “Namoro no HD”. Transcrevemos parte da ata desta reunião com as decisões da equipe sobre este ponto:

Profissionais colocam sua preocupação quanto ao assédio do acompanhante ao nosso cliente, [...] sugere-se que a equipe oriente-os que aqui não é lugar e também que isso pode ser orientado na ocasião da triagem, a equipe se dispõe a trabalhar essas questões inclusive nos grupos (Ata de Reunião Administrativa).

Birman (1980) se questiona por que a sexualidade vem ocupar um lugar nesta prática ordenadora como uma manifestação de contra-poder do paciente? E responde refletindo que se no exercício do poder disciplinar o paciente

perde tudo aquilo que possuía, destituído de todos os seus emblemas, apenas lhe resta o corpo, que não pode ser retirado do paciente, nem completamente submetido à vontade asilar para que o sistema disciplinar funcione perfeitamente. Por isso mesmo, sendo ainda o que restou ao internado, aponta-lhe como única possibilidade de apoio para sua determinação subjetiva. A partir deste resíduo, o paciente procura reencontrar o seu lugar social: vai pretender se impor, com seu gozo, pela transgressão das regras institucionais, que impedem qualquer forma de troca sexual entre seus internados (p. 26).

Para ilustrar este exercício de contra-poder, apresentamos um paciente de 30 anos que foi admitido no HD após um período de internação breve, tendo como motivo do encaminhamento a necessidade de acompanhamento multidisciplinar, apresentando queixas de fuga do lar, agressividade verbal e alucinações visuais e auditivas.

Sua primeira crise foi aos 14 anos, iniciando tratamento na Unidade de Saúde de seu bairro, evoluindo com quadro estável até os 28 anos, quando se internou pela primeira vez no SIB. Quadro marcado por alucinações auditivas e visuais, delírios persecutórios, místicos, humor instável e fases de exaltação com episódios de agitação e impulsos agressivos, intercalados por mutismo e isolacionismo. Mãe refere que após última internação evoluiu com certa apatia, mas irritando-se fácil e que desde sua primeira internação não houve remissão completa dos sintomas persistindo significativo comprometimento do funcionamento psicossocial. Cliente faz uso de neuroléptico atípico há um ano (prontuário).

Paciente é o 7º filho de uma prole de 8, sua gravidez deu-se sem intercorrências, a mãe não fez o pré-natal e o parto foi domiciliar. Na infância sempre apresentou edema generalizado, que sua genitora só descobriu a origem quando cliente já estava com 3 anos, período em que passou a residir na capital. O mesmo tinha anemia profunda, e passou a fazer tratamento para isto (prontuário).

Iniciou estudos aos sete anos, porém sempre com dificuldades de aprendizagem, quando chegou na 5ª série não conseguiu dar mais continuidade, sua genitora foi chamada na escola e ouviu da professora que seu filho não se concentrava, era inquieto daí se seguiram as repetências até que o cliente veio apresentar os sintomas característicos da doença mental (prontuário).

Durante sua entrevista de triagem se “mostrou intolerante com a entrevista perguntando se já ia acabar, mas permaneceu até o final. Parcialmente orientado, aparentemente calmo e um pouco sonolento, bastante afetuoso com sua mãe” (prontuário).

Sobre seus antecedentes familiares lê-se que o “cliente tem uma avó materna e uma tia materna com história de doença mental” (prontuário).

O cliente nunca trabalhou e seu único interesse é por lutas marciais. Frequentou uma academia próximo de sua residência, assiste aos campeonatos no ginásio de esportes da cidade e se identifica com personagens de filmes como Bruce Lee. Costuma fazer gestos de quem está lutando. Faz isso sozinho ou direcionado às pessoas quase sempre as deixando assustadas, mas não foi observada nenhuma situação de agressão física.

Cliente assiste aos filmes de artes marciais e aos filmes de aventura, envolvendo super-heróis. Autodenomina-se de Homem Pedra, Homem Pássaro, Pele de Cobra e às vezes

pergunta em voz alta onde se encontre um grupo de pessoas: “— Quem é a Legião do Mal?” e responde fazendo uma fisionomia agressiva: “Lex Lutor”. Percebe-se que faz isso sempre que deseja assustar alguém ou intimidar a outros.

O cliente foi admitido no HD e durante sua permanência não observamos nenhum planejamento individual. Ele foi incluído nas atividades oferecidas a todos, ou seja, no planejamento único do HD. Se foi planejado algo em particular para ele, isso não foi registrado em seu prontuário, no qual só encontramos registros que realçavam suas dificuldades tais como:

Cliente participou da Assembléia nesta tarde. Completamente sem atenção, agitado, sem escuta e interrompendo a reunião. Saiu antecipadamente (prontuário).

Paciente participou da sessão de vídeo com o filme Tempo de Despertar. Durante a atividade ficou concentrado sem interromper os outros, porém, antes do início do filme, ofendeu Terezinha chamando-a de ‘coroa enxuta’. Pediu desculpas à cliente após intervenção. Comportamento inapropriado, atrapalhando os clientes do grupo. Cantando alto, inconveniente (prontuário).

Cliente participou da atividade física na área externa, jogou futebol, no momento do gol chamava palavrões, foi chamada sua atenção para evitar tal comportamento. Cliente atendeu as solicitações (prontuário).

Cliente com condutas inadequadas, pegou no glúteo da funcionária e saiu dando gargalhadas, foi avaliado e medicado na Emergência Psiquiátrica (prontuário).

Cliente passou a manhã muito ansioso, inquieto, incomodando os demais. Foram necessárias diversas intervenções verbais, até que ao final da manhã foi estimulado a jogar. Conseguiu participar adequadamente da atividade, sendo tolerante com as regras (prontuário).

Cliente participou do grupo expressando esperança de melhora e atribuindo como uma das causas de seu adoecimento o envolvimento com gangues e drogas na adolescência. Pensamento lento e discurso ainda um pouco desconexo. Risos imotivados, mas percebo melhora em participar da atividade em grupo (prontuário).

A equipe parece esperar do cliente um comportamento “dócil” e direciona sua prática para uma pedagogia da sociabilidade, privilegiando a atenção ao sintoma, à doença e à monitoração de sua estabilização, oferecendo ações terapêuticas que pouco ou nada mudam as

condições subjetivas do paciente, que poderia seguir sua vida com as dificuldades que a doença lhe acarreta.

Continuemos a acompanhar alguns momentos da vida deste cliente no HD:

Cliente participou do Bingo. Bem orientado, com comportamento adequado, tolerante, boa percepção e interação. Ganhou um prêmio (prontuário).

Cliente participou satisfatoriamente do grupo de leitura onde se comportou adequadamente, teve boa concentração e interesse. Construiu uma estória lógica que abordou a temática de lutar para conquistar a tranquilidade na rua (prontuário).

Cliente participou da reunião de comunicação e depois solicitou para ir embora, pois estava sentindo dor no corpo devido ter carregado areia ontem e feito muito esforço. Cliente está prestando serviço para uma vizinha (prontuário).

Cliente seguindo com instabilidade no quadro psiquiátrico, com episódios em que se agita e bate nas portas ou grita. Mãe refere recente consulta no ambulatório onde foi substituído o Diazepan por Clopran gotas, com discreta melhora, persistindo delírios persecutórios e pensamento desagregado (prontuário).

Observamos que não há relatos de delírios durante as evoluções, assim como não há relatos de pensamento desagregado. O Cliente conversa com a equipe, faz questão de estar por perto, é colaborativo quando solicitado, estabelece uma relação de camaradagem. Entretanto, freqüentemente, assume uma atitude sedutora que incomoda a equipe, que reage, mandando-o se afastar, tratando-o rispidamente. Sempre que isso acontece, o cliente se afasta, mas passa a dar murros nas paredes, saltando no ar e dando gritos, simulando rituais das lutas marciais.

É possível observar que o cliente conversa com membros da equipe. É capaz de ouvir e de refletir sobre o que se argumenta. Admite que esteja abusando, admite um desejo sexual, assim como admite também que não pode ficar pegando ou tentando beijar ou cheirar todas as mulheres que lhe atraem. Mas “não está conseguindo fazer diferente” (prontuário).

A equipe não sabe como lidar com o comportamento desafiador do cliente, a não ser pelas vias da luta pelo poder. Como lutar é o passatempo predileto do cliente, ele resiste. Não se deixa aprisionar pelo poder do outro. Relata que não quer ser “amamãezado”. Significaria isso “adestrado”?

A mãe se queixa que seu filho grita na rua, às vezes no ônibus e isso chama a atenção das pessoas, o que lhe causa grande desconforto. Afirma que o filho não fica em casa sentado vendo TV ou procura varrer o quintal ou lavar suas roupas, coisas que seriam “normais”. Contudo, ele anda pela cidade sozinho, faz pequenos mandados (como pequenas compras domésticas), gosta de se vestir bem combinando as peças da roupa. Não aceita usar roupas rasgadas ou sujas. Veste-se de acordo com suas posses; é discreto; usa shorts e bermudas com camisetas; calça tênis ou sandálias. Cuida de sua higiene pessoal sozinho, sem precisar de controle. É capaz de elaborar suas refeições, selecionando frutas e fazendo vitaminas. Usa aparelhos eletrodomésticos. Dirige-se ao HD sem acompanhante, controla seus horários e sabe as datas de suas consultas. Conversa, troca idéias sobre filmes, acontecimentos sociais. Interessa-se em viajar e em conhecer outros lugares, principalmente os que já viu em filmes.

Estas respostas já não seriam suficientes para nos dar mostras de sua competência social? Mas, esta pessoa só passaria a ser valorizada no momento em que parasse de gritar, de tentar seduzir as pessoas, conseguisse ser mais discreto em seus modos e obediente às normas. A mãe o leva para o hospital e esse, o hospital, toma para si a missão de domar os arroubos de seu filho: quebrar seu orgulho e encorajar seus comportamentos dóceis, dentro dos padrões de moralidade pré-estabelecidos.

Se a reforma da assistência psiquiátrica é uma tentativa de dar ao problema da loucura, uma outra resposta social, uma resposta não asilar e que, tratando-se de uma resposta social, podemos convocar outras instâncias que não as exclusivamente clínicas. Os profissionais devem valorizar o ponto de vista do doente, sua fala, suas condições de vida e sua participação na assistência. Para descrever esse silogismo, elegi o relato de uma experiência vivida com a paciente Estrela (nome fictício), 21 anos, encaminhada do Setor de Internação Breve (SIB), com a queixa: “paciente mantendo-se logorreica e com humor levemente exaltado” (encaminhamento técnico).

A entrevista de triagem que passo a transcrever foi feita com a presença da cliente, seu companheiro, bem como de sua mãe e sua filha de 03 anos.

Paciente doente há mais ou menos três anos, após nascimento de sua filha, passou a ter comportamentos inadequados, fugindo para a rua. Está na sua 5ª internação psiquiátrica.

É a primeira filha de uma prole de três filhos, sendo duas mulheres e um homem. Seu parto foi normal, domiciliar, sua gravidez foi muito conturbada e o parto foi difícil, chorou ao nascer. Sua infância foi muito difícil porque sua mãe trocava de parceiros com frequência, porém seu crescimento e

desenvolvimento foram dentro da normalidade, apenas tinha um problema de dicção. Sua mãe refere que teve crises de asma na infância.

Sua genitora tem transtorno mental, sendo acompanhada na Casa Mental², tendo diagnóstico de Depressão, que deve ser investigado. Há história de doença mental de um tio e do avô paterno.

Renda familiar de um salário mínimo proveniente do benefício de sua genitora e ajuda de seu companheiro.

Cliente estudou até a 8ª série, era muito levada na infância, melhorou sua dedicação escolar na adolescência.

Paciente durante a entrevista estava logorreica, inquieta, mas conseguia dar informações de sua história.

Família extremamente desorganizada, genitora doente mental, companheiro da cliente também apresentando comportamentos inadequados, a filha com hiperatividade (prontuário).

Em seu prontuário é possível ler um registro da reunião de Monitoria que diz:

Cliente informa que está tomando seus medicamentos e percebemos melhoras como a redução da agressividade e a possibilidade de atender as solicitações, o que facilita sua convivência com as demais pessoas tanto do HD quanto em sua casa. Chega diariamente precisando do banho, fazendo sua higiene pessoal no HD. Falando de sua vida em família, referiu que sua mãe é muito doente e às vezes não entende as coisas. Vivem atualmente do benefício que a mãe recebe. O marido de Estrela não trabalha e recebe ajuda financeira do pai que mora na Suíça, em compensação, segundo Estrela, ele é o seu escravo pois faz tudo em casa, para ela, sua mãe e sua filha. É ele quem limpa a casa, lava roupa e faz a comida e assim mesmo a mãe dela ainda briga com ele. Estrela participou da oficina de enfeites de Natal, atendeu os comando, se relacionou com os demais, apesar de manter a queixa de dor de cabeça. Foi encaminhada ao dentista do Ambulatório que lhe orientou sobre a possibilidade das dores que tem sentido na cabeça, serem dos dentes que serão tratados, retornará ao dentista na sexta feira às 10 horas (prontuário).

Estrela segue seu tratamento no HD com algumas dificuldades, de acordo com o que se vê registrado em seu prontuário como: “cliente presente ao programa, inacessível aos trabalhos manuais que lhe são oferecidos, não tendo concentração”.

Assim como:

Cliente inquieta entrando e saindo nas salas. Realizado atendimento com o companheiro, o qual se queixou da situação financeira que enfrenta, diz-se ansioso, sem paciência para conviver com a mãe de Estrela, que considera egoísta. Sentindo-se esgotado, pois não tem se alimentado o necessário. Está pensando em abandonar o tratamento da cliente. Revelou que usava drogas e está em abstinência há 04 meses, a própria Estrela diz que algumas vezes ele toma o remédio dela. Solicitou alguma medicação ‘calmante’. Encaminhamos o mesmo à Emergência Psiquiátrica, a médica plantonista

² Serviço de Atenção Psicossocial da Prefeitura de Belém-Pará funcionando na modalidade de CAPS III.

prescreveu-lhe medicamentos e o encaminhou ao CAPS de tratamento de álcool e drogas (prontuário).

Paciente participou da reunião de Monitoria que foi registrada em seu prontuário como se segue:

Realizada Monitoria, cliente apresenta melhoras a cada dia, se mostrando acessível, atendendo às solicitações, trouxe um trabalho tecido em crochê que realizou no final de semana, isso demonstra melhoras em sua atenção e organização. Observamos ainda fuga de idéias, fala de vários assuntos ao mesmo tempo, muitas vezes sem conexão entre eles. O relacionamento com o companheiro também está melhorando, ainda brigam, discutem para falar ao mesmo tempo e discordam a maioria das vezes, mas Estrela demonstra afeto positivo para com ele. Referiu já estar conseguindo dormir, mas ainda acorda à noite. Ainda se queixa de desorganização sente-se 'acelerada'. Continuamos os atendimentos individuais (prontuário).

A equipe resolveu chamar a mãe de Estrela pra conversar com ela e avaliar as condições da vida familiar da cliente:

Compareceu ao HD a mãe da cliente, conforme havíamos solicitado. A mãe da cliente apresenta-se com sintomas paranóicos, idéias persecutórias, juízo crítico prejudicado e agressiva ao tratar com os outros, irritando-se com facilidade. A mãe não consegue dissimular e deixa clara a falta de cuidados maternos, chegando a falar que o melhor seria se a filha saísse para a rua e um carro a atropelasse. Uma coloca a culpa das dificuldades familiares na outra. Trocam acusações. Observamos que as duas carecem de atenção e afeto. Estrela está apresentando melhoras, estabelecendo vínculos afetivos, sentindo-se amparada no HD. Seu companheiro tem se mostrado mais próximo, buscando ajuda para si. Foi ao CAPS de álcool e drogas para se matricular. A medicação de Estrela está sendo administrada no HD para melhor controle considerando a desorganização familiar no momento. Hoje trouxe a filha que se mostra muito esperta e com um bom vocabulário para sua idade, independente, mas observamos sua atenção dispersa, pouco se concentrando nas atividades. O pai já se preocupa com o futuro da filha. Solicitou ajuda para conseguir uma creche para a mesma. Procuraremos encaminhá-la para uma creche, acreditamos que a criança precisa ter uma experiência em outro ambiente com mais estrutura e limites nas atividades (prontuário).

A equipe se dispõe a ajudar a paciente e decide buscar uma creche, preferencialmente no bairro em que está morando. Duas profissionais saíram em busca de vagas na creche, mas infelizmente não encontraram. A creche do bairro estava em reforma e a outra mais próxima ficava muito distante, tornando muito difícil o acesso para a família.

O casal traz a possibilidade de residirem em outro bairro, pois pretendem sair da casa da sogra. Enquanto isso não acontecer, a criança pode dormir durante a semana na casa de uma tia paterna. Trouxeram, inclusive, um comprovante de residência desta.

Profissionais da equipe fizeram contato telefônico com o Departamento de Educação Infantil. Obtiveram como resposta que não havia mais vagas, mas se comprometeram em viabilizar o pedido feito pela equipe. Novamente não conseguem vaga na creche do bairro onde mora a tia paterna da criança, entretanto outro profissional conseguiu realizar um contato telefônico com o responsável pela Unidade Municipal de Educação de um bairro nas proximidades de onde eles queriam. A coordenadora da unidade informou que todas as vagas já estavam preenchidas, pois são muito disputadas pela comunidade, entretanto, considerando a situação em questão iria aceitar a criança. Solicitou a presença do pai no dia seguinte e que este levasse os documentos de identificação da filha.

É importante que os documentos de identificação, tanto da criança como da cliente, haviam sido destruídos pela própria cliente em um outro momento de extrema desorganização psíquica. Entretanto, seu companheiro havia, neste momento, feito um esforço, indo em busca de ajuda financeira com pessoas da família para tirar novos documentos para que, assim, pudessem matricular a filha na creche, como desejavam.

Enquanto esses fatos se desenrolavam, havia queixas sobre o comportamento da cliente dentro do HD que podem ser acompanhadas pelas descrições realizadas em seu prontuário:

Cliente confusa, desorientada no momento, extremamente ansiosa, comportamentos inadequados como, por exemplo: trocar de roupa durante o grupo. Recebe orientações sobre medicação. Tenta intervenção, mas a cliente está sem escuta e sem crítica, refere estar preocupada com sua filha e seus móveis. Cliente muito desorganizada (prontuário).

A equipe levanta a hipótese de que a cliente pudesse não estar fazendo sua medicação corretamente, apesar do companheiro garantir que sim. Resolvem passar a responsabilidade de administrar a medicação da cliente para a equipe de enfermagem do HD. Para os finais de semana, a cliente levaria os medicamentos já divididos e discriminados em cotas para os diferentes horários.

Cliente em um atendimento individual, queixa-se de dores nos seios e de cólicas ginecológicas. Solicitam à médica psiquiátrica que encaminhe a cliente ao ginecologista, assim como solicitam uma intervenção de planejamento familiar, pois a cliente informa que não tem feito nenhum controle para não engravidar e está preocupada com isso.

O encaminhamento é feito e a própria cliente tenta viabilizar a marcação de sua consulta no ambulatório do Hospital de Clínicas, assim como busca a emissão de sua carteira

de identidade, o que tornaria possível o direito de ter a sua carteira de passe-livre nos ônibus urbanos de Belém e, talvez, o direito de receber um benefício social.

Observo que uma parte da equipe tenta ajudar a cliente e a incentiva nestes aspectos, orientando-lhe como conseguir seus objetivos dentro de suas possibilidades, não deixando de cuidar de suas dificuldades.

Nota-se que a cliente faz suas experiências sentindo-se capaz em suas ações independentes. Argumenta que precisa fazer sozinha porque não tem a companhia de familiares, pois sua mãe está doente e seu companheiro está ocupado com a filha. Entretanto, esse movimento da cliente não estava sendo visto como um ganho pessoal por uma outra parte da equipe, que começou a ficar dividida em dúvida e julgamentos, conforme se explicita em duas evoluções diferentes feitas no mesmo dia no prontuário da cliente:

Cliente fez sua medicação da manhã no HD, e disse que iria sair para resolver sua carteira de passe-livre e retornaria às 15 horas pois, tinha consulta com o ginecologista (prontuário).

Cliente sem escuta, intolerante, não almoçou, retornou às 15 horas dizendo que não ia para casa. Relatou para a equipe que não consegue controlar a urina, principalmente, à noite. Está difícil o tratamento da cliente em regime de HD, inclusive por ela estar sozinha sem acompanhante (prontuário).

Acompanhando as evoluções dos prontuários e os registros do Livro de Ordem e Ocorrência, verificamos que a cliente retornou ao serviço no dia seguinte e que a enfermagem fez contato com o ginecologista que solicitou exames e a equipe viabilizou os mesmos junto com ela. Percebe-se que a mesma continua muito agitada, querendo tudo o mais rápido possível, mas é capaz de, com ajuda, se organizar e aguardar para que as coisas se resolvam dentro do que é possível.

Em uma evolução de um atendimento individual, cliente relata que seu relacionamento com a mãe é muito difícil, principalmente no que se refere às questões financeiras e que depende da mãe até para lhe dar o dinheiro do ônibus para se deslocar até o HD. Aí se justifica a urgência do passe-livre. Com relação ao auto-controle do aparelho urinário, está preocupada, visto que urina na cama à noite e isso é motivo de brigas com o companheiro, pois suja as roupas que ele terá que lavar no dia seguinte.

Outra evolução é feita em seu prontuário:

Cliente agitada, pensamento acelerado, risos imotivados. Refere estar sem controle urinário. Sem crítica e sem escuta. Penso que sua convivência familiar está piorando o seu quadro. Seria o caso de pensar em uma internação?

Esta divergência entre os profissionais quanto à condução da equipe, é levada diariamente para as reuniões técnicas, mas a equipe continua divergindo até que o problema é levado para uma reunião administrativa.

Nesta reunião, os profissionais que defendem a permanência da cliente no HD entendem que ela tem problemas, mas está tentando resolvê-los e que o HD pode ser o local onde encontrará ajuda. De fato, já está encontrando, visto que vem ao HD diariamente. Tem apresentado melhoras, como no dia em que trouxe um trabalho tecido em crochê que realizou no final de semana e pretendia transformá-lo em um vestido para sua filha. Ela ainda está falando muito, refere que se sente acelerada, mas a equipe não julga que esteja diante de uma situação que não possa resolver dentro do HD, sem ter que recorrer a nova internação para a cliente.

A equipe que defende a permanência da cliente no HD, observa-a da seguinte forma:

Ela acredita em si, está tentando se cuidar, tem preocupações quanto a si e quanto aos que lhe estão próximos como os seus familiares, não quer ser excluída disto (registro de ata de reunião).

Ao que parece, a equipe que propõe a internação não tem a mesma opinião, uma vez que se preocupa com o fato da cliente andar sozinha pelas ruas. Defendem a posição de que ela deve ficar dentro do HD realizando as atividades planejadas, atividades que, tudo indica, foram planejadas sem considerar as demandas da cliente, pois são atividades como recortar enfeites para o Natal, enquanto que ela parece demandar ações que lhe possibilitem maior autonomia. Observa-se a luta da cliente, resistindo para manter o domínio sobre seus atos e comportamentos enquanto parte da equipe lhe oferece a tutela que lhe reduz ao infantilismo de ter que ser cuidada, ter que ser silenciada.

Enquanto uma parte da equipe vê as ações da cliente como manifestação da busca pelo seu espaço social, a outra vê estas mesmas ações como uma manifestação psicopatológica.

A preocupação da equipe com a possibilidade de que algo pudesse acontecer à cliente quando ela saísse do HD para resolver suas pendências de consulta médica, exames e retirada de documentos, tem fundamento no compromisso assumido pela instituição junto à família, uma vez que, no momento da admissão da cliente, o HD passa a ocupar o lugar de representante da ordem social.

Neste ponto específico, se poderia pensar, com a ajuda de Tenório (2001), que se a equipe do HD levasse às últimas conseqüências a intenção de impedir Estrela de andar sozinha e de sair do HD para livrá-la de um suposto risco, precisaria impedi-la de viver, mantendo-a internada ou sob permanente vigilância. Isso não quer dizer que, ao se deparar com uma situação em que julgassem inconciliável com a internação parcial, não hesitariam em interná-la, como já fizeram outras vezes.

Apresentei duas histórias de clientes que passaram pelo HD. Na primeira, a equipe se depara com uma situação de resistência ao poder disciplinar, marcada por comportamentos agressivos e pela expressão de afetos na forma de sedução e com a expressão de sexualidade que incomoda a equipe levando-a à exclusão do cliente. Na segunda história, temos uma equipe que consegue estabelecer vínculos positivos com a cliente, mas que se vê dividida entre os cuidados e a tutela.

Com as duas histórias, gostaria de considerar a possibilidade da existência de um campo transferencial a serviço do poder disciplinar. Gostaria de lembrar que a crítica dos processos transferenciais e seu investimento pelas relações de poder, já estão presentes na crítica de Foucault à psicanálise desde a *História da Loucura*. Ou seja, Foucault já via no pensamento de Freud, o perigo presente nas relações transferenciais, isto é, a possibilidade de seu investimento pelas relações de poder dominantes (CHAVES, 1988).

Em sua Conferência XXVII, *Transferência* (1916-17), Freud afirma que a transferência está presente em nossas relações íntimas com outras pessoas, tanto na sua forma de inclinação amorosa quanto em sentimentos hostis, onde “os sentimentos hostis indicam tais quais os afetuosos, haver um vínculo afetivo” (FREUD, 1916-1917, p.516).

Este fenômeno pode ser observado no HD. Como se trata do estabelecimento de uma relação em que, de um lado, se encontra a pessoa que se dispõe a ajudar e do outro uma pessoa que necessita de cuidados de ajuda, fica patente a existência de uma relação de dependência que, conseqüentemente, terá como característica a ambivalência. Ora será afetuosa, ora será hostil, podendo se tornar uma fonte de perigo, daí a necessidade de que os profissionais do HD tenham conhecimentos acerca do fenômeno transferencial e saibam discriminá-lo, bem como manejá-lo em prol da saúde do paciente e não deixar que ele opere a serviço do poder disciplinar como frequentemente ocorre.

Contudo, a atitude que se observa entre os profissionais do HD, quando a demanda do paciente é por um “terapeuta educador”, é de assumir esta postura com facilidade, até porque esse papel historicamente lhe cai bem por estar relacionado à hierarquia de poder na

instituição. Desta forma, o vínculo é usado para fazer com que o paciente obedeça, siga normas e orientações. A emergência de afetos positivos também não causa dificuldades. O que deixa a equipe sem ação e angustiada, é quando a ambivalência passa a se manifestar, não se sabendo como lidar com a hostilidade. O profissional de formação não psicanalítica fica confuso para operar na transferência, não sabe que atitude tomar: se o paciente reage com hostilidade, toma para si a responsabilidade; se o paciente é afetuoso, torna real o seu desejo de “se sentir amado”, correspondendo às suas expectativas.

O profissional do HD não pode ignorar o fenômeno transferencial e se excluir do sintoma. Ao contrário, precisa cada vez mais aprender sobre ele, para que tente assumir a posição de escutar a fala do paciente e consiga entender as intenções e os afetos que se manifestam a partir de fala do sujeito. Isso inclui suas contradições, uma vez que são variações da transferência que, muitas vezes, acontecem sem que nos demos conta dela, isto é, de maneira inconsciente.

Ao profissional leigo, a expressão dos sentimentos hostis e/ou amorosos por parte do paciente, pode ser percebida como algo muito desagradável e de difícil manejo.

Reis Neto (1995) ressalta que o profissional com quem o paciente se vincula pode favorecer o desenvolvimento das potencialidades do psicótico, sustentando a dimensão desejante do sujeito e ajudando a diminuir suas inibições, assumindo com esta postura o papel de agente ressocializador. No entanto, adverte que, nesta dimensão de trocas, o caráter de sugestão pode dominar a relação, impedindo o desenvolvimento de certa autonomia do paciente psicótico e argumenta que a única forma de lidar com os impasses dessa relação é pensá-las sob a ótica da transferência. Para o autor, “os vínculos do paciente com os membros da equipe serão singulares, marcados por traços transferenciais específicos” (p.505).

Deve-se reconhecer que o profissional que assume uma função terapêutica junto ao paciente psicótico, deve ter uma formação clínica, sobretudo a propósito do funcionamento psíquico dos psicóticos, principalmente no que se refere ao manejo da transferência, não que se espere dele o exercício de um tratamento psicoterapêutico ou psicanalítico, mas como nos diz Alberti (2005), “o saber oferecido pela psicanálise permite que tenhamos sempre, e em cada caso, alguma luz sobre o funcionamento do ser falante e sobre as modalidades de seus laços sociais” (p. 42).

6 CONCLUSÃO

Desejo ter contribuído para repensar e talvez, transformar a realidade hoje vivida e percebida no Hospital-Dia da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FHCGV). Creio que, não só para o HD, mas acredito que o conteúdo deste trabalho possa ressoar no interior de outros Serviços de Saúde Mental de nosso Estado, pois em minhas relações profissionais com estes serviços, consigo ver muitos pontos de contato entre tais serviços e o que observei, descrevi neste trabalho.

Propus-me a analisar a questão da subjetividade e das relações de poder que, porventura, ainda estivessem presentes no Hospital-Dia da FHCGV, tendo como método a observação participante. Espero ter sido capaz de retratar a realidade vivida neste espaço de tratamento.

Senti, ao longo destes dois anos de pesquisa que, pelo simples fato de ler e de entrar em contato com a literatura produzida sobre a reforma da assistência psiquiátrica, minha atuação como psicóloga do Serviço mudava e, de alguma forma, interferia no rumo das discussões da equipe, levando-a, muitas vezes, a pensar e a rever as relações estabelecidas entre os profissionais e os pacientes e seus familiares.

Observei que a relação que os profissionais procuram estabelecer com os pacientes é, na maior parte do tempo, no sentido de buscar o controle minucioso do seu modo de ser e de se colocar no mundo, buscando a normatização a partir de estratégias, táticas e ordens de funcionamento que não permitem espaço para experimentação que possa deixar surgirem as subjetividades dos sujeitos.

Não defendo a ausência das normas. Questiono sua rigidez que pode nos afastar de uma prática singular junto ao paciente. Defendo a clínica resultante da soma do saber e dos instrumentos da psiquiatria com outras práticas, além de outras preocupações que também incluem a intervenção e o questionamento cultural e social. Porém, o ponto que me parece de extrema relevância defender é a possibilidade de termos um referencial teórico que embase nossas intervenções, considerando a particularidade de cada sujeito e de cada momento de sua trajetória, propondo parâmetros de avaliação que digam respeito à possibilidade do paciente depender cada vez menos de outras pessoas, assim como poder fazer escolhas e se posicionar perante as dificuldades que a doença lhe impõe. Portanto, esse paciente poderá participar de processos de trocas sociais, convertendo o tratamento em um acompanhamento da vida.

Sugiro que os profissionais do HD venham a trabalhar as noções de vínculo, transferência e escuta terapêutica, com a finalidade de aperfeiçoar suas ações, no sentido de

alcançar os objetivos da Reforma, ou seja, dar conta da autonomia e de um lugar social para a loucura nos moldes como descrevi acima.

Desta forma, o Hospital-Dia deve rever — como foi descrito neste trabalho — suas relações com os pacientes e com os familiares que ainda se sustentam no paradigma da disciplina. A mudança dependerá da possibilidade de sua equipe pensar, discutir e avaliar suas condutas, aproveitando os espaços coletivos, como as reuniões técnicas e administrativas, assim como será necessário ter um referencial que auxilie a compreensão deste processo, que deve incluir conhecimentos sobre a Reforma Psiquiátrica e seus novos modelos de assistência.

7 BIBLIOGRAFIA

ABREU, Douglas Nunes. A prática feita por muitos: a psicanálise na instituição de saúde mental. In: **Simpósio Nacional de psicanálise e Psicopatologia no Campo da Saúde Mental**, agosto/ 2005. Rio de Janeiro: Anais. Rio de Janeiro: UFRJ, 2005.

ALBERT, Sonia; ALMEIDA, Consuelo P. In: ALTOÉ, Sonia; LIMA, Márcia Mello (Orgs). **Psicanálise, clínica e instituição**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005. p. 55-71.

AMARANTE, Paulo (Coord.). **Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, Paulo e TORRE, Eduardo H. G. “História da Loucura”: quarenta anos transformando a história da psiquiatria. In: **PSICOLOGIA CLÍNICA**. Rio de Janeiro. Pontificia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Centro de Teologia e Ciências Humanas. Departamento de Psicologia. V.13 nº.1, 2001. p.11-26.

BERLINCK, Manoel T. **Psicopatologia Fundamental**. São Paulo: Escuta, 2000.

BEZERRA, Benilton. O feliz fim do manicômio no Brasil. In: **Pulsional**, ano XV, n. 158, jun/2002. p. 62-63.

BIRMAN, Joel. **Entre cuidado e saber de si: sobre Foucault e a psicanálise**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.

BIRMAN, Joel. Relançando os Dados: a psicopatologia na pós-modernidade, novamente. In: VIOLANTE, Maria Lucia (Org). **O (im)possível diálogo psicanálise e psiquiatria**. São Paulo: Via Lettera, 2002. p.47-63.

_____. **Sexualidade na Instituição Asilar**. Rio de Janeiro: Achiamé, 1980.

_____. **Enfermidade e Loucura**. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde – 5ª ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CARDOSO, R. C. L. Aventuras de Antropólogos em Campo ou Como Escapar das Armadilhas do Método. In: DURHAM, Eunice et al; CARDOSO. R. (Org). **A Aventura Antropológica. Teoria e Pesquisa**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997. p.95-105.

CAVALCANTI, Ignez Leturzia. O sujeito da psicanálise em instituições psiquiátricas públicas. In: ALTOÉ, Sonia; LIMA, Márcia Mello (Orgs). **Psicanálise, clínica e instituição**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005. p. 169-183.

CAVALCANTI, Maria Tavares. A psiquiatria e o social. Elementos para uma discussão. In: **Cadernos IPUB/ Instituto de Psiquiatria da UFRJ**. nº. 3. Rio de Janeiro: UFRJ, 1999. p. 41-73.

CERQUEIRA, Paula. Ensino e Assistência em Saúde Mental. In: **Cadernos IPUB/ Instituto de Psiquiatria da UFRJ**, n. 3, Rio de Janeiro: UFRJ, 1999. p. 76-83.

CHAVES, Ernani. **Foucault e a Psicanálise**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1988.

CIACCIA, Antonio Di. A prática entre vários. In: ALTOÉ, Sonia; LIMA, Márcia Mello (Orgs). **Psicanálise, clínica e instituição**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005. p.34-54.

COSTA, Jurandir F.; BIRMAN, Joel. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, Paulo (Org). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p.41-72.

COUTINHO, Ângela M. M. O que nós, psicanalistas, podemos aprender com Foucault. In: **PSICOLOGIA CLÍNICA**. Rio de Janeiro. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Centro de Teologia e Ciências Humanas. Departamento de Psicologia. V.13 nº.1, 2001. p.65-88.

DELOSSI, Mirsa. A implantação da Reforma Psiquiátrica em São Paulo. In: **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, ano VI, n. 4, dez/2003. p. 117-134.

DURHAM, Eunice et al; CARDOSO. R. (org). **A Aventura Antropológica. Teoria e Pesquisa**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

ELIA, Luciano; Santos, Kátia W. A. Bem-dizer uma experiência. In: ALTOÉ, Sonia; LIMA, Márcia Mello (Orgs). **Psicanálise, clínica e instituição**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005. p.107-128.

ELIA, Luciano; COSTA, Roberta; PINTO, Rosemary Fiães. Sobre a inserção da psicanálise nas instituições de saúde mental. In: ALTOÉ, Sonia; LIMA, Márcia Mello (Orgs). **Psicanálise, clínica e instituição**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005. p.107-128.

FERREIRA, Ademir Pacelli. A construção do caso clínico na internação psiquiátrica: uma direção para o plano terapêutico. In: **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. VIII, n. 2, jun/2005. p.204-220.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. In: **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. VII, n. 1, 2004, p. 75-86.

_____. **Vastas confusões e atendimentos imperfeitos: a clínica psicanalítica no ambulatório público**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2004.

FOUCAULT, Michel. O Nascimento do Hospital. In: **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2004. p.113-128.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 2005.

_____. A Casa dos Loucos. In: **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2004. p.99-111.

_____. Verdade e Poder. In: **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2004. p.01-14.

_____. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1997.

FREUD, Sigmund (1937). Construções em análise. In: **ESB**. Rio de Janeiro: Imago, 1988. v. XXIII, p.275-287.

_____. (1916-1917). Transferência. In: **Conferências Introdutórias – parte III. ESB**. Rio de Janeiro: Imago, 1988. v. XVI, p. 503-521.

_____. (1916-1917). Psicanálise e Psiquiatria. In: **Conferências Introdutórias – parte III. ESB**. Rio de Janeiro: Imago, 1988. v. XVI, p. 289-303.

_____. (1940-1938). A técnica da psicanálise. In: **ESB**. Rio de Janeiro: Imago, 1988. v. XXIII, p. 187-196.

GALVÃO, Manoel Dias. O Sintoma na Psicanálise e na Psiquiatria. In: VIOLANTE, Maria Lucia (Org). **O (im)possível diálogo psicanálise e psiquiatria**. São: Via Lettera, 2002. p.81-100.

GORAYEB, Raul. Subjetividade ou Objetivação do Sujeito? Paulo In: VIOLANTE, Maria Lucia (Org). **O (im)possível diálogo psicanálise e psiquiatria**. São Paulo: Via Lettera. 2002. p.139-164.

KATZ, Chaim S. Foucault e a loucura como ausência de obra. In: **PSICOLOGIA CLÍNICA**. Rio de Janeiro. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Centro de Teologia e Ciências Humanas. Departamento de Psicologia. V.13 nº.1, 2001. p.37-64.

LACAN, Jacques. **O Seminário. Livro VIII: A Transferência**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992.

LUZ, Madel Therezinha. A história de uma marginalização: a política oficial de saúde mental. In: AMARANTE, Paulo (Org). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p.85-95.

MACHADO, Roberto. Por uma Genealogia do Poder. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2004. p.VII-XXIII.

MILLER, Jacques-Allan. **Percursos de Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988.

MINATTI, Sueli Pinto. A criação do campo psicanalítico na instituição. In: **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, ano VII, n.1, mar/2004. p. 20-39.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2004.

MIRA, Karine. O psicanalista e as novas instituições de tratamento da psicose. In: ALTOÉ, Sonia; LIMA, Márcia Mello (Orgs). **Psicanálise, clínica e instituição**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005. p. 145-160.

PAOLIELLO, Gilda. O problema do diagnóstico em psicopatologia. In: **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, ano IV, n.1, 2001. p. 86-93.

PEDROSO, Janari. **Loucura e assistência psiquiátrica no Pará:1833-1984**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Pará, Núcleo Altos Estudos da Amazônia, Belém-Pará, 1999.

PINHEIRO, Marcio de Vasconcelos. Considerações sobre a clínica na atualidade: psiquiatria, psicanálise e saúde mental. In: **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, ano VIII, n.3, set/2005. p.523-532.

REIS NETO, R. O. **Acompanhante Terapêutico: emergência e trajetória histórica de uma prática em saúde mental no Rio de Janeiro**. 1995. 147 p. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.

RINALDI, Doris. Clínica e política: a direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental. In: ALTOÉ, Sonia; LIMA, Márcia Mello (Orgs). **Psicanálise, clínica e instituição**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005. p. 87-106.

ROCHA, Eduardo. A atualidade da instituição psiquiátrica. In: **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, ano VI, n.4, dez/2003. p.157-163.

ROCHA, Eduardo de C.; FERNANDES, Francisco Leonel F. Um psicótico ajuizado: incidências da psicanálise no tratamento psiquiátrico da psicose. In: **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, ano VII, n.1, mar/2004. p.40-62.

SÁ, Samuel. Margem de Iniciação Científica: Antes, Durante, Após a Graduação. In: **Cadernos do Centro de Filosofia e Ciências Humanas**. Belém: UFPA, v 13, n.12, p33-40, jan/dez. 1994.

SANTOS, Lúcia Grossi dos. **O conceito de repetição em Freud**. São Paulo: Escuta, 2002.

SANTOS, Lucia Grossi dos; MOTTA, Juliana Meirelles; DUTRA, Maria Cristina B. Acompanhamento terapêutico e clínica das psicoses. In: **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, ano VIII, n.3, set/2005. p.497-514.

SELLIGMANN-SILVA, Edith. Os riscos da insensibilidade. In: **Cenários do Trabalho**. São Paulo: DP&A, 2004.p.51-71

SERPA JR., Otavio Dumont de. Sobre o “nascimento” da psiquiatria. In: **Cadernos IPUB/ Instituto de Psiquiatria da UFRJ**. nº 3. Rio de Janeiro: UFRJ, 1999. p.25-40.

SCHECHTMAN, A. et al. Política de saúde mental. In: **Cadernos IPUB/ Instituto de Psiquiatria da UFRJ**. nº 3. Rio de Janeiro: UFRJ, 1999. p.09-11.

SILVA FILHO, João Ferreira et al. Apresentação. In: **Cadernos IPUB/ Instituto de Psiquiatria da UFRJ**. nº 3. Rio de Janeiro: UFRJ, 1999.

TEIXEIRA, Manoel O. L. Algumas reflexões sobre o conceito de cura em psiquiatria. In: **Cadernos IPUB/ Instituto de Psiquiatria da UFRJ**. nº 3. Rio de Janeiro: UFRJ, 1999. p. 85-94.

TENÓRIO, Fernando. Conhecer para cuidar: o primeiro censo da população de internos nos hospitais psiquiátricos no Rio de Janeiro. In: **Cadernos IPUB/ Instituto de Psiquiatria da UFRJ**. nº. 3. Rio de Janeiro: UFRJ, 1999. p.117-123.

_____. **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

TORRE, Eduardo H. G.; AMARANTE, Paulo. “História da Loucura”: quarenta anos transformando a história da psiquiatria. In: **PSICOLOGIA CLÍNICA**. Rio de Janeiro. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Centro de Teologia e Ciências Humanas. Departamento de Psicologia. V.13 nº.1, 2001, p.11-26.

ANEXOS

ANEXO A: Prontuário

FUNDAÇÃO PÚBLICA ESTADUAL
HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA
 End.: Trav. Aferees Costa, s/nº - Bairro: Pedreira - Belém - Pará
 CEP: 66067-660 - Fone: (91) 276-9601 - Fax: (91) 276-5354
 E-Mail: gasparvianna@bel.sol.com.br



ADMISSÃO E ALTA

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ N.º Reg.: _____
 Cór: B P M A Religião: _____ Estado Civil: S C V D Sexo: M F
 Data nasc.: _____ Idade: _____
 Nacionalidade: _____ Local nasc.: _____
 Domicílio nesta Capital: _____
 Domicílio de Procedência: _____ Vencimento: _____
 Profissão ou cargo: _____ Local de Trab.: _____ Fone: _____
 Repartição: _____ Secretária: _____
 Classe: Servidor Beneficiário
 Nome do Pai: _____ Nº reg.: _____
 Nome da Mãe: _____ Nº reg.: _____ Fone: _____
 Pessoa Responsável: _____ Fone: _____
 Endereço: _____ Fone: _____
 Local de Trab.: _____ Fone: _____
 Notificação a _____ Parentesco: _____

Diagnóstico de Admissão _____

Médico que autorizou a admissão: _____

Data _____
 Clínica **P S U G T P M C O**

Nº de alteração anteriores: _____

01 02 03

Diagnóstico na Alta _____

OBSERVAÇÕES GERAIS

Data _____

Dias Hospitalização _____

TIPO DE ALTA

Iniciativa Médica
 Transferência
 A Pedido
 Abandono
 Indisciplina
 Óbito

RESULTADO DO TRATAMENTO

Curado
 Melhorado
 Inalterado
 Piorado

OBSERVAÇÃO MÉDICA

Queixa Principal _____

História da Doença Atual _____

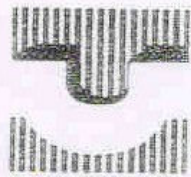
Antecedentes Familiares e Pessoais _____

Alimentação e Desenvolvimento _____

Exame Físico e Mental _____

Dados Positivos de Outros Aparelhos ou Sistemas _____

Impressão Diagnóstica _____



FUNDAÇÃO PÚBLICA ESTADUAL
HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA

Trav. Alferes Costa s/n.º - Bairro: Pedreira - Belém/Pará - CEP: 66.087-660
CNPJ: 22.980.973/0001-77 - Fone: (091) 276-0601 - FAX: (091) 276-1150
E-mail: fhcgv1@prodepa.gov.br



GOVERNO DO PARÁ

ENCAMINHAMENTO TÉCNICO

Ao:

Da Clínica: _____

Em: _____

Nome: _____

Nº Reg.: _____

Diagnóstico: _____

Motivo do Encaminhamento: _____

Médico



FUNDAÇÃO PÚBLICA ESTADUAL
HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA

Trav. Alferes Costa s/n.º - Bairro: Pedreira - Belém/Pará - CEP: 66.087-660

CNPJ: 22.980.973/0001-77 - Fone: (091) 276-0601 - FAX: (091) 276-1150

E-mail fhcgv1@prodepa.gov.br



GOVERNO DO PARÁ

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado _____

Pessoa responsável pelo doente _____

dá plena autorização aos médicos do hospital de Clínicas Gaspar Vianna que o assistem para levarem a cabo o tratamento de sua enfermidade e realizarem as investigações que julgarem necessárias ao diagnóstico do seu mal, bem como se compromete a submeter-se a todas as disposições gerais contidas no Regulamento da instituição.

Belém, _____ de _____ de 20 _____

Assinatura do doente ou pessoa responsável

Testemunha: _____

O abaixo assinado _____

Pessoa responsável pelo doente _____

Certifica que deixou o Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, contra o parecer dos médicos desta instituição assumindo inteira responsabilidade por tal atitude.

Belém, _____ de _____ de 20 _____

Assinatura

Testemunha: _____



PROGRAMA HOSPITAL DIA ADULTO
FICHA DE ACOLHIMENTO

DATA:-----/-----/-----

1- IDENTIFICAÇÃO:

NOME:-----

RG:----- CPF:-----

DATA DO NASC: -----/-----/----- IDADE:-----

ESCOLARIDADE: ----- OCUPAÇÃO:-----

FILIAÇÃO: Pai:-----

Mãe:-----

ENDEREÇO:-----

BAIRRO:----- FONE:-----

RESPONSÁVEL:-----

PARENTESCO:----- FONE:-----

ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO/ MOTIVO DA PROCURA:-----

2- QUEIXA PRINCIPAL (Sintomas atuais, dados relevantes):

FUNDAÇÃO PÚBLICA ESTADUAL
HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA

Trav. Alferes Costa s/nº - Bairro Pedreira - Belém/Pará - CEP: 66.087 - 660

GNPJ: 22980973/0001 - 77 - Fone (091) 276 - 0601

E-mail: gasparvianna@uol.com.br

GOVERNO DO PARÁ

3- HISTÓRICO DA SITUAÇÃO/PROBLEMA (início da doença, principais sintomas, outras interações e/ou tratamentos, impressão diagnóstica, condutas medicamentosas).

4- ANTECEDENTES PESSOAIS (Infância, Adolescência, vida adulta-nascimento, desenvolvimento, uso de álcool e outras drogas, situações de justiça).



5- ANTECEDENTES FAMILIARES (Tipo de família, nº de filhos, dinâmica familiar, história de doença dos pais e outros parentes próximos, óbitos-causas).

5.1- SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA (Ocupação, renda familiar, benefícios de seguridade social, moradia)

FUNDAÇÃO PÚBLICA ESTADUAL
HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA

Trav. Alferes Costa s/nº - Bairro Pedreira - Belém/Pará - CEP: 66.087 - 660
CNPJ: 22980973/0001 - 77 - Fone (091) 276 - 0601
E-mail: gasparvianna@uol.com.br



GOVERNO DO PARÁ

6- HISTÓRIA ESCOLAR E LABORATIVA (Desempenho, história de ocupação, atividade atual, cursos, desemprego, expectativas, lazer)

7- EXAME MENTAL (Clima da entrevista, aparência, atitude, estado geral de saúde, discurso, orientação, afeto, humor, memória)

FUNDAÇÃO PÚBLICA ESTADUAL
HOSPITAL DE CLÍNICAS GASPAR VIANNA

Trav. Alferes Costa s/nº - Bairro Pedreira - Belém/Pará - CEP: 66.087 - 660
CNPJ: 22980973/0001 - 77 - Fone (091) 276 - 0601
E-mail: gasparvianna@uol.com.br



GOVERNO DO PARÁ

8 - PROBLEMAS EMERGENTES A SEREM TRABALHADOS:

9- CONDUTAS TERAPÊUTICAS

Profissional responsável pelo acolhimento

Técnico de referência

ANEXO B: Planejamento Terapêutico

Horário de Atividades

Horário	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
7:30	Reunião Técnica	Reunião Técnica	Reunião Técnica	Reunião Técnica	Reunião Técnica
9:00	Grupo de jogos de mesa	Grupo de Familiares e Dinâmica de Grupo ou Atividades Manuais	Atividades Terapêuticas de Lazer ou Atividades Culturais	Grupo de Educação Física ou Atividades Manuais e Grupo de Familiares	Grupo de salão de beleza ou Grupo de Psicologia
10:00	Lanche	Lanche		Lanche	Lanche
10:30	Grupo de pré-alta ou Grupo de Atividades Manuais ou Oficina de Leitura	Grupo de Psicomotricidade e Grupo Médico		Grupo de Atividades Expressivas	Grupo de Educação para a Saúde
11:30	Almoço	Almoço		Almoço	Almoço
13:30	Reunião Técnica	Reunião Técnica	Reunião Técnica	Reunião Técnica	Reunião Técnica
14:30	Monitoria/ Grupo Médico	Horta/ Dinâmica de Grupo	ATL	Orientação para Saúde	Atividades Expressivas

15:30	Lanche	Lanche		Lanche	Lanche
16:00	Salão de Beleza	Psicoterapia Atividades Manuais		Psicoterapia Atividades Manuais	Atividades Externas/ Recreativas
17:00	Saída	Saída	Saída	Saída	Saída

Elaborado: 02/2007

PROGRAMAÇÃO DE FEVEREIRO/07

HD adulto e infanto juvenil

MANHÃ	TARDE
07- VÍDEO (Paula, Diana, Marly, Rafael)	07 PALÁCIO ANT. LEMOS (Lourdes, Fernanda)
14 AEROPORTO (Débora, Socorro)	14- Ofic. Sexualidade (Josie, Bia)
16- SALÃO DE BELEZA (Cristina, Estefânia)	16-FESTA DE CARNAVAL (Lia, Evelyn)
23- Ativ. Normal	28 – ASSEMBLÉIA (Auxiliadora, Bia)
28- (sem assistência) -----	28-REUNIÃO ADMINISTRATIVA (Toda a Equipe)

ANEXO C: Parecer do Comitê de Ética



Belém, 29 de novembro de 2006.

**PARECER DE ÉTICA DE PROJETO DE PESQUISA ENVOLVENDO SERES
HUMANOS**

1. Protocolo: Nº 061/06- CEP/FHCGV
2. Projeto de Pesquisa: **“HOSPITAL DIA, SUBJETIVIDADE E RELAÇÕES DE PODER: um estudo de caso”**
3. Pesquisador Responsável: Cristina Bastos Alves Lins
4. Instituição/Unidade: Fundação Hospital de Clínicas “Gaspar Vianna”
5. Data de Entrada: 08/11/06
6. Data do Parecer: 29/11/06

PARECER: O Comitê de Ética em Pesquisa da FHCGV analisou o Projeto supra-citado e, conforme Parecer datado de 29/11/06 emitido por este CEP, verificou que foram atendidas todas as adequações recomendadas de acordo com as normas da Resolução 196/96-CNS/MS. Portanto manifesta-se pela sua aprovação.

Parecer : **APROVADO**

Prof. Dr. Benedito Paulo Bezerra
Coordenador do CEP/FHCGV

GEP/FHCGV

Tv. Alfêres Costas s/n – Pedreira – Belém (PA) – CEP: 66087-660
Fone/Fax: (091)3276-1770 - E-mail: comiteticafhcgv@yahoo.com.br