

Hospital Colônia Adauto Botelho: projetos, tensões e conquistas na construção da reforma psiquiátrica (Paraná, Brasil, 1982-1989)

Resumo: Neste artigo investigamos os movimentos em prol da reforma psiquiátrica no Hospital Colônia Adauto Botelho, do Paraná, na década de 1980. Nosso objetivo principal foi compreender, além do que foi considerado prioritário em termos de mudanças organizacionais na instituição, que sujeitos emergiram nesse movimento.

Palavras-chave: saúde mental; reforma psiquiátrica; hospital psiquiátrico; assistência psiquiátrica; Hospital Colônia Adauto Botelho; Brasil.

Hospital Colônia Adauto Botelho: proyectos, tensiones y logros en la construcción de la reforma psiquiátrica (Paraná, Brasil, 1982-1989)

Resumen: En este artículo investigamos los movimientos a favor de la reforma psiquiátrica en el Hospital Colônia Adauto Botelho, en Paraná, en la década de 1980. Nuestro principal objetivo fue comprender, además de lo que se consideró prioritario en términos de cambios organizacionales en la institución, qué sujetos emergieron en este movimiento.

Palabras clave: salud mental; reforma psiquiátrica; hospital psiquiátrico; asistencia psiquiátrica; Hospital Colônia Adauto Botelho; Brasil.

Hospital Colônia Adauto Botelho: Projects, Tensions, and Achievements in the making of the Psychiatric Reform (Paraná, Brazil, 1982-1989)

Abstract: This article investigates the movements favoring psychiatric reform at the Hospital Colônia Adauto Botelho in Paraná in the 1980s. Our main aim was to understand, in addition to what was considered a priority in terms of organizational changes in the institution, which subjects emerged in this movement.

Keywords: mental health; psychiatric reform; psychiatric hospital; psychiatric assistance; Hospital Colônia Adauto Botelho; Brazil.

Cómo citar este artículo: Yonissa Marmitt Wadi y Jakeline Santos Carvalho, "Hospital Colônia Adauto Botelho: projetos, tensões e conquistas na construção da reforma psiquiátrica [Paraná – Brasil, 1982-1989]", *Trashumante. Revista Americana de Historia Social* 24 (2024): 354-379.

DOI: 10.17533/udea.trahs.n24a16

• **Fecha de recepción:** 19 de mayo de 2022

Fecha de aprobación: 8 de agosto de 2023

Yonissa Marmitt Wadi: Doctora en Historia por la Pontificia Universidad Católica de São Paulo. Practicante posdoctoral en la Fundación Oswaldo Cruz, financiada por el Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico. Profesora de la Universidad Estatal del Oeste del Paraná, Brasil.

Correo electrónico: yonissa.wadi@unioeste.br; yonissamw@uol.com.br

 <http://orcid.org/0000-0002-0224-8478>



Jakeline Santos Carvalho: Máster en Historia por la Universidad Estatal del Oeste del Paraná. Estudiante de doctorado en la misma universidad.

Correo electrónico: jakelinescarvalho@gmail.com

 <https://orcid.org/0009-0004-4087-0198>

Hospital Colônia Adauto Botelho: projetos, tensões e conquistas na construção da reforma psiquiátrica (Paraná-Brasil, 1982-1989)*

Yonissa Marmitt Wadi
Jakeline Santos Carvalho

Introdução

Em 1990, em Caracas, Venezuela, a Conferência Regional para a Reestruturação dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS), convocada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), aprovou o documento que referendou a necessidade urgente de reformas na atenção à saúde mental nas Américas, a chamada Declaração de Caracas. A Conferência e, posteriormente, a Declaração, expressaram claramente que os serviços de saúde mental nos diversos países das Américas se encontravam em estado crítico, exigindo uma mudança radical no modelo assistencial convencional, baseado no hospital psiquiátrico. Em seu lugar deveriam ser criadas alternativas comunitárias de cuidado e, para isso, a Declaração solicitou aos “Ministérios da Saúde e Justiça, Parlamentos, Sistemas de Segurança Social e outros prestadores de serviços, organizações profissionais, associações de usuários, universidades e outros centros de formação e meios de comunicação”,¹ o apoio aos projetos e programas de reestruturação da assistência, em benefício das populações das regiões. As ações nesta direção foram diversas, pois as realidades dos países também eram diferentes, assim como não havia um modelo único de reforma possível, na medida em que estavam ocorrendo diversas experiências em todo o mundo.²

O Brasil vinha construindo uma experiência própria desde meados da década de 1970, quando foram desencadeados movimentos questionadores dos abusos e desvios do sistema de assistência, apontando ineficiências no atendimento, seu caráter privatista e de desrespeito aos direitos humanos. Em 1978, denúncias de

* Este artigo contou com apoio do CNPq e da CAPES.

1. Brasil, Ministério da Saúde, *Legislação em saúde mental 1990-2004* (Brasília: Ministério da Saúde, 2004) 13.
2. Jorge J. Rodríguez ed., *La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas* (Washington, D. C.: OPS, 2007).

médicos sobre as precárias condições a que eram submetidos os internos nos hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro, desencadeou uma crise na Divisão Nacional de Saúde Mental, órgão ligado ao Ministério da Saúde. Demissões de mais de duas centenas de estagiários e funcionários e uma greve nas quatro unidades hospitalares que pertenciam ao órgão seguiram-se, bem como uma intensa discussão sobre a assistência nos hospitais psiquiátricos públicos. A decorrência foi a criação do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que tornar-se-ia a partir de então o “ator social estratégico pelas reformas no campo da saúde mental”.³ Combinando tanto reivindicações trabalhistas quanto um discurso humanitário, o MTSM foi líder de ações e impulsionador de “reflexões teóricas e práticas inicialmente alternativas no campo da assistência psiquiátrica”,⁴ que aumentaram a visualização de possibilidades de inversão do modelo manicomial “a partir do conceito de desinstitucionalização”.⁵

As questões discutidas na Conferência de 1990 já estavam em pauta no Brasil da década de 1980, quando se intensificaram e tornaram-se mais severas as críticas em relação aos hospitais psiquiátricos, como locais por excelência para tratar os loucos e ao saber psiquiátrico, como legítimo enunciador da verdade da loucura. O movimento ampliou-se para além do vetor técnico-científico, tornando-se um movimento social que, a partir de então, passou a apontar que não bastava mais transformar o sistema de saúde, fazer macro reformas; era preciso “desconstruir no cotidiano das instituições e na sociedade as formas arraigadas de lidar com a loucura”. Os protagonistas dessas críticas, que ganharam densidade diferenciada nas unidades federativas do Brasil, também foram diversos, especialmente profissionais que atuavam nas instituições, mas também fora delas, assim como ex-usuários organizados em associações e seus familiares, acadêmicos universitários, políticos, entre outros.⁶

A década de 1980 foi também aquela em que surgiram propostas localizadas de reformas,⁷ que coadunavam problemáticas oriundas do cotidiano institucional, im-

3. Paulo Amarante, “Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da Reforma Psiquiátrica”, *Cadernos de Saúde Pública* 11.3 (1995): 491-494.
4. Luiz Fernando Paulin e Egberto R. Turato, “Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 11.2 (2004): 242.
5. Amarante, “Novos sujeitos” 492; Paulo Amarante, *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria* (Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1996); Ana Karenina Amorim y Magda Dimenstein, “Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico”, *Ciência e saúde coletiva* 14.1 (2009): 195-204.
6. Fernando Tenório, “A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito”, *História, Ciências, Saúde–Manguinhos* 9.1 (2002): 35; Paulo Amarante coord., *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil* (Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1998); Heitor Resende, “Política de saúde mental no Brasil”, *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*, coords. Silvério A. Tundis e Nilson do Rosário Costa (Petrópolis: Vozes, 1992) 15-73.
7. Cristina Amélia Luzio e Solange L’Abbate, “A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas”, *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* 20 (2006): 281-298.

pulsos advindos de um ambiente crítico e limites impostos pelas reações contrárias ao processo, como mostramos neste artigo dedicado a investigar os movimentos deflagrados no único hospital psiquiátrico público do estado do Paraná, o Hospital Colônia Adauto Botelho (HCAB). Identificamos que as movimentações ocorridas no HCAB antecederam as ações da própria Secretaria de Estado da Saúde e do Bem Estar Social (SESB) e as normativas legais, indicando o protagonismo da instituição na deflagração da reforma no estado, que somente atingiu as demais instituições —todas privadas— a partir de uma legislação que as obrigou a mudanças.

Levantamento realizado em plataformas online e no portal de teses da CAPES, indicaram a existência de poucos trabalhos sobre a Reforma Psiquiátrica no Paraná. Tais trabalhos destacam o cenário macro deste movimento com ênfase, ora nas ações deflagradas pela SESB,⁸ ora na aprovação de uma lei estadual de reforma, a Lei Estadual n.º. 11.189 que dispôs “sobre as condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cuidados com transtornos mentais”.⁹ Em sua maioria, os trabalhos apresentam apenas dados gerais sobre a Reforma, como um panorama para a discussão de problemáticas específicas, tais como: o olhar de profissionais ligados a saúde mental sobre sua profissão, após as mudanças instituídas pela nova legislação; a posição das famílias em relação as mudanças instituídas pela legislação, como a redução de leitos ou a criação de instituições alternativas; ou as reformas nos municípios.¹⁰ As exceções são os próprios trabalhos das autoras deste artigo, realizados individualmente ou em parcerias,¹¹ em especial o capítulo de livro “Derrumbe e reconstrucción de una esperanza terapêutica. El Hospital Colonia Adauto Botelho em Paraná, 1854–1995”, que apresenta um panorama histórico do HCAB, partindo dos antecedentes do proje-

8. A SESB foi criada pela Lei no 6636, de 29/11/1974; em 03/07/1987, a Lei no 8485, renomeou-a como SESA. <https://www.legislacao.pr.gov.br/> (06/08/2020).

9. Brasil “Legislação”, 53.

10. Mariluci A. Maftum et al., “Mudanças ocorridas na prática profissional na área da saúde mental frente à reforma psiquiátrica brasileira na visão da equipe de enfermagem”, *Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental* 9.2 (2017): 309–314.; Nelsi S. Tonini e outros, “Reorganização dos serviços: desafios para efetivação da Reforma Psiquiátrica”, *Revista Gaúcha de Enfermagem* 29.2 (2008): 262–268; Mariluci A. Maftum, “O ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica no Paraná” (Tese de Doutorado em Enfermagem, USP, 2004); Ana Lúcia N. Fonseca, “O cuidado transpessoal de enfermagem ao portador de transtorno mental e sua família: uma contribuição para a reinserção social” (Dissertação de Mestrado em Assistência de Enfermagem, UFPR, 2004).

11. Yonissa M. Wadi, “Uma história da loucura no tempo presente: os caminhos da assistência e da reforma psiquiátrica no Estado do Paraná”, *Revista Tempo e Argumento* 1.1 (2009): 68–98; Yonissa M. Wadi et al., “Filantropia, privatização e reforma: cenários da assistência psiquiátrica no estado do Paraná”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 22.4 (2015): 1353–1371; Jakeline S. Carvalho, “Caminhos para a Reforma Psiquiátrica no Hospital Colônia Adauto Botelho (1980–2002)” (Dissertação de Mestrado em História, Poder e Práticas Sociais, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, 2018).

to de construção de um hospital colônia no Estado e seguindo até os anos 1990, quando é promulgada a lei de reforma psiquiátrica do Paraná.¹²

Tanto o processo geral de reforma psiquiátrica no Estado, quanto algumas especificidades relativas ao HCAB, foram abordados nos trabalhos citados, porém, este artigo tem proposição diferente daqueles, pois tem como intuito problematizar o fazer-se da reforma dentro do hospital considerando um conjunto de documentos produzidos internamente com esta intenção, como projetos e relatórios de avaliação.¹³ O recorte temporal se inicia em 1982, quando foi apresentado o primeiro projeto marcadamente reformador, voltado a instalação de uma Pensão Protegida; e termina em 1989, quando foi apresentado um projeto abrangente de reformas, que incidia tanto sobre a população interna, quanto sobre os profissionais atuantes na instituição.

Considerando estes documentos como discursos, nossa questão central residiu em compreender, além do que foi considerado prioritário em termos de mudanças organizacionais na instituição, que sujeitos emergiram no movimento em prol de reformas no HCAB. A hipótese defendida é que os discursos expressos pelos projetos, ao argumentarem sobre a necessidade de reformas e proporem ações para tanto, construíram diferentes sujeitos: alguns como atentos/preocupados/engajados na movimentação mais ampla de críticas ao modelo asilar; e outros como aqueles a quem se devia “cuidados”, “humanização”, “transformação”, pois teriam sido alijados de direitos.

Metodologicamente seguimos as proposições de Michel Foucault, no sentido de analisar de forma crítica os discursos, suas especificidades e historicidade próprias, pensando na produção de sentido dos documentos e reconhecendo as condições que permitiram que eles fossem erigidos.¹⁴ O que fizemos neste artigo foi, portanto, uma análise discursiva, enunciativa, dos documentos, especialmente dos projetos, com o objetivo de problematizar quais foram as proposições, as ações,

12. Yonissa M. Wadi e Jakeline S. Carvalho, “Derrumbe e reconstrucción de una esperanza terapêutica. El Hospital Colonia Adauto Botelho em Paraná, 1854-1995”, *De manicômios a instituições psiquiátricas. Experiencias en Iberoamérica, siglos XIX y XX*, coords. Andrés Ríos Molina e Mariano Rupertuz Honorato (México/Madrid: UNAM/Sílex, 2022) 581-640. Aspectos relativos à reforma, analisados neste artigo, foram discutidos sucintamente no referido capítulo.

13. Este artigo também difere de outros trabalhos que mapeiam experiências ocorridas na mesma temporalidade em outras regiões brasileiras, mas que não analisam em profundidade os movimentos internos, ancorados em projetos e programas, visando transformações nos hospitais psiquiátricos. cf. Luzio e L’abbate; Maria Stella B. Goulart e Flávio Durões, “A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias de desinstitucionalização”, *Psicologia & Sociedade* 22.1 (2010): 112-120; Ríciele M. R. Pombo, *A nova política de saúde mental em Uberlândia: entre o precipício e as paredes sem muros (1984/2006)* (Uberlândia/MG: EDUFU, 2011); Rafael G. F. Lazari, “Histórias da Loucura: Percursos da Atenção Psicossocial no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba” (Dissertação Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial, UFRJ, 2018); Lys Alvarenga e Cristiane Novaes, “Estratégias na reforma psiquiátrica no município de Barbacena: a cooperação entre gestor público e o terceiro setor”, *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 14.2 (2007): 571-593.

14. Michel Foucault, *A ordem do discurso* (São Paulo: Loyola, 2013).

as tensões e os limites das movimentações para reformar a assistência no único hospital público especializado em psiquiatria do Paraná que fizeram, outrossim, emergir novos sujeitos. Tal posicionamento teórico-metodológico possibilitou a compreensão das movimentações em defesa da reforma psiquiátrica deflagradas dentro do HCAB, como constituídas por meio de adequações, reorganizações e criações, o que aponta para o caráter dinâmico da instituição, que foi se remodelando em meio a tensões internas e externas, não dependendo exclusivamente de macro mudanças jurídicas e legislativas, mas em consonância com outros movimentos que engendraram o campo da assistência naquele momento histórico. Corroboramos, com nossa análise, a perspectiva apontada por outros autores, como Amarante, de que a Reforma Psiquiátrica, a despeito dos debates e das normativas externas que incidem sobre as instituições – como a por nós estudada – e influenciam a ocorrência de mudanças, é gestada em grande parte no interior dos hospitais psiquiátricos tendo como força motriz a de grupos de profissionais que neles atuam e como enunciado definidor a recuperação da cidadania dos loucos.¹⁵

1. Os projetos de Reforma Psiquiátrica do HCAB¹⁶

Em 29 de abril de 1983, com o intuito de formular, implantar e consolidar uma política de saúde mental para o estado do Paraná, a Coordenadoria do Programa de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde e do Bem Estar Social (SESB) fez uma primeira reunião da qual originou-se o Grupo de Apoio à Saúde Mental (GASM), cuja função seria elaborar uma proposta.¹⁷ Nesta época, o HCAB, juntamente com o Pronto Socorro Psiquiátrico e unidades de saúde municipais, fazia parte da estrutura de assistência pública à saúde mental do Paraná, composta por instituições direta e indiretamente envolvidas nesta.¹⁸

Inaugurado em 1954, como um hospital colônia moderno, seguindo as diretrizes do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), fora construído em uma área ampla e longe da cidade. Além do serviço principal de psiquiatria, contava com serviços complementares para atender os internos, entretanto, o grupo de especialistas em medicina, enfermagem e psicologia, além dos demais funcionários, era bastante restrito naquele momento e seguiu, ao longo dos anos, como um problema sempre mencionado em relatórios institucionais.

15. Amarante, “Loucos”.

16. Um panorama da história do HCAB em cerca de 40 anos foi apresentado em Wadi e Carvalho (“Derrumbê”), bem como em outros textos das autoras, e algumas discussões são retomadas aqui.

17. Paraná, “Proposta”.

18. Na época de criação do GASM, além das instituições públicas mencionadas, já existia uma rede ampla de instituições privadas no Paraná, situadas nas cidades mais populosas (Curitiba e região metropolitana, Londrina, Maringá, Ponta Grossa e Cascavel), mas também em cidades pequenas (Umuarama, Marechal Cândido Rondon e União da Vitória). cf. Yonissa M. Wadi, “Uma história”; Yonissa M. Wadi coord., *Instituições de Assistência Psiquiátrica do Estado do Paraná: Inventário*. Guarapuava – Cascavel. (Editora Unicentro; EDUNIOESTE, 2012).

O hospital abriu suas portas com 350 leitos para internação, porém, rapidamente esta capacidade foi ultrapassada e já em agosto de 1955 havia 456 internos. À uma alta demanda por internações vinda do interior do estado e de outros estados da federação; às dificuldades de seleção entre os que estavam efetivamente com uma “doença mental” e outros doentes, ou entre aqueles e os que viviam situações de precariedade social, além do abandono das famílias, foi atribuída a rápida superlotação do hospital. Em 1958, o HCAB já tinha quase duplicado o número de internos, atingindo a cifra de 906. Ao longo dos anos, a despeito de diversas medidas tomadas, como a instauração de um serviço de triagem no ambulatório psiquiátrico, viagens de médicos do hospital ao interior do estado para convencer autoridades municipais a não enviarem para o HCAB todos os deserdados sociais da cidade, abertura de novos pavilhões e leitos, os números só cresceram.¹⁹

Em 1983, em uma radiografia apresentada pelo GASM, o HCAB foi descrito como um hospital com 16 pavilhões (oito masculinos; oito femininos; quatro inativados); quatro subestruturas anexas (uma pensão protegida, um setor de praxiterapia, um pavilhão infantil e um centro de recuperação de alcoolistas), cuja característica era marcadamente asilar (mais de 50% de internos crônicos). Isto ocorria a despeito de, ao longa de sua história, coexistirem enfoques farmacológicos, psicoterapêuticos, laborativos, assim como a referida pensão protegida baseada no modelo de reinserção social do “paciente asilado.”²⁰ Este retrato do HCAB, segundo o GASM, era similar aos de diferentes instituições psiquiátricas espalhadas pelo Brasil, nas quais preponderava a lógica asilar, com exclusão, ineficácia, ineficiência, baixa qualidade de serviços, uma população enorme de crônicos e, em muitos casos, violação de direitos humanos.²¹

O “Histórico do HCAB”,²² produzido em 2005 por uma equipe do hospital, consagrou a década de 1970 como o momento histórico em que se iniciaram movimentos internos para enfrentar inúmeros problemas, como a superlotação e o baixo número de funcionários. Assim, antes mesmo de ser estabelecida a obrigatoriedade da mudança, por meio de legislação estadual e nacional, as equipes hospitalares desenvolveram ações com o intuito de mudar esse quadro. Primeiro, buscaram conhecer todos os internos. Posteriormente promoveram ações de reestruturação, tanto em relação ao espaço físico, quanto em relação aos atendimentos e profissionais, promovendo o que entendiam como desinstitucionalização.

19. Hospital Colônia Adauto Botelho, “Relatórios do HCAB - Cadernos 1 a 4, pelo Dr. Arnaldo Gilberti. 1955-1958. Anexo Regimento Interno”, Piraquara, 1955-1958. AHCAB, Piraquara; Hospital Colônia Adauto Botelho, “Histórico do HCAB”, Pinhais, 2005. AHCAB, Pinhais. O arquivo do HCAB está em processo de organização e não conta ainda com fundos estabelecidos.

20. Paraná, “Proposta”.

21. Ernesto Venturini, “Prefácio à primeira edição”, *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*, coord. Paulo Amarante (Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1998) 13; Paraná, “Proposta”.

22. Hospital Colônia Adauto Botelho, “Histórico”.

O primeiro projeto mencionado, denominado “Humanização do Ser”, fora elaborado no início daquela década, tendo como resultados a diminuição do número de internos; a eliminação, em 1972, dos chamados “cubículos” e de práticas como o eletrochoque; e o aumento do número de funcionários, com a contratação de profissionais de diversas áreas. Os próximos projetos de reforma do HCAB seguiram a direção daquele na sua intenção de considerar a subjetividade dos internos, pois a exclusão social nas instituições manicomiais, implicou quase sempre numa exclusão extrema da subjetividade das pessoas consideradas loucas.²³ Nos projetos apresentados por equipes do HCAB na década de 1980, percebemos a tentativa de—em compasso com discussões teóricas e técnicas que ultrapassavam o espaço estrito daquela instituição e ganhavam densidade na cena brasileira e internacional— incorporar tais subjetividades em termos que problematizavam o exercício efetivo da cidadania, com um discurso contrário aquele que instaurou a loucura como sinônimo de anormalidade.

O projeto “Mutirão” foi uma das primeiras iniciativas de equipes do Hospital, na década de 1980, para promover a desinstitucionalização. Em parceria com prefeituras municipais, comunidades e unidades de saúde, as ações deflagradas resultaram no retorno de muitos internos aos seus ambientes familiares a partir da localização de seus parentes. Este movimento resultou no desafogo de várias unidades hospitalares que “comportavam 80 ou mais pacientes [e] passaram a ter no máximo 30”.²⁴ Segundo o documento, tal processo contribuiu para que, na década de 1990, o HCAB pudesse cumprir as determinações da Portaria 224, do Ministério da Saúde, fazendo a adequação funcional das suas unidades.²⁵

Novos projetos foram arquitetados nos anos 1980: o Projeto de Pavilhão Externo (PPE), de 1982, e o Programa de Atendimento a Pacientes Crônicos e Asilados (PAPCA), de 1983. A primeira parcela de internos a ser atingida pelas reformas propostas foi nomeada no título deste último: os crônicos – quem apresentavam regressão dos sintomas agudos —e os asilados “pacientes sem vínculo com a família ou responsáveis e/ou sem condições materiais de subsistência fora da instituição”.²⁶ Nos dois projetos, a desconstrução do paradigma manicomial e as mudanças efetivas nas práticas de tratamento e no imaginário sobre a loucura, dentro e fora do HCAB, foram enunciadas como objetivos principais.

23. cf. Ana Marta Lobosque, *Experiências da loucura* (Rio de Janeiro: Garamond, 2001); Antonio Carlos França, “A Saúde Mental e a subjetividade-cidadã”, *Fractal Revista de Psicologia*, 20.1 (2008): 130.

24. Hospital Colônia Adauto Botelho, “Histórico” 02.

25. A Portaria SNAS no. 224, de 29 de janeiro de 1992, do Ministério da Saúde, regulamentou o funcionamento de todos os serviços de saúde mental, incorporou novos procedimentos à tabela do SUS, estabeleceu normas, proibiu práticas que eram habituais e definiu como corresponsáveis pela fiscalização do cumprimento dos seus conteúdos, os níveis estadual e municipal do sistema, que foram estimulados inclusive a complementá-la. cf. Brasil. Ministério da Saúde, “Legislação em Saúde Mental”, 243–252.

26. Hospital Colônia Adauto Botelho, “Avaliação de Atividades do Programa de Atendimento a Pacientes Crônicos e Asilados”, Pinhais, 1984. AHCAB, Pinhais, f.02.

O PPE iniciou com a transferência de 22 mulheres asiladas para um local nomeado como Pensão Protegida, no mês de julho de 1982. Eram mulheres internadas havia meses ou anos que, devido ao modelo de confinamento manicomial, acabaram ficando “desacostumadas a participarem ativa e responsabilmente das decisões quanto ao próprio futuro, [a] exercer sua capacidade laborativa e experimentar a realidade de seus alcance e limitação”.²⁷ Entretanto, não era perceptível nestas mulheres “tamanho regressão psíquica, a ponto de esquecerem dos cuidados básicos quanto a higiene pessoal, postura física e da condição humana de seres capazes de comunicarem-se com seus semelhantes”. A Pensão Protegida foi alocada no segundo andar de uma casa que servira anteriormente de residência para funcionários, situada cerca do prédio principal do HCAB.²⁸

Voltado para os “pacientes crônicos e asilados”; pacientes sem cobertura de sistemas “previdenciários” e que tivessem “capacidade para participar de atividades internas ou, preferencialmente, externas ao pavilhão”,²⁹ foi posto em curso em maio de 1983, o PAPCA. O “Pavilhão 6B Masculina” e a “Pensão Masculina” receberam 36 internos oriundos do pavilhão “Praxiterapia” e de outros pavilhões superlotados, que foram separados pelo grau de dependência ou autonomia.³⁰

O PPE e o PAPCA apresentavam objetivos semelhantes, sendo os imediatos “promover o retorno de seus integrantes à sociedade através de um programa de convívio comunitário, onde o cotidiano extra-hospitalar possa ser reproduzido”,³¹ “implantar uma estrutura adequada ao atendimento de pacientes crônicos e asilados, visando a melhoria das condições subjetivas e objetivas da vida dos mesmos”; “oferecer aos internos recursos terapêuticos que possibilitem o desenvolvimento de habilidades próprias a cada um, de maior independência nas atividades da vida diária, de maior grau de sociabilidade e comunicação interpessoal”. O objetivo mediato de ambos era a “alta aos pacientes”.³² Tais objetivos expressavam a intenção das equipes responsáveis de modificar “a compreensão da doença e tratamento, o que contribuiria para evolução do tratamento oferecido pela instituição e aumentaria a rotatividade de seus pacientes”, obtendo um “alcance social elevado, dentro de uma prevenção terciária em saúde mental”.³³

27. Hospital Colônia Adauto Botelho, “Avaliação do Projeto de Pavilhão Externo”, Pinhais, 1983. AHCAB, Pinhais, f.03.

28. Hospital Colônia Adauto Botelho, “Avaliação do Projeto” 04. A instalação dentro dos muros hospitalares diferencia a pensão do HCAB de outras instituídas na década de 1990. No Hospital Psiquiátrico Santa Tereza, de Ribeirão Preto (SP), por exemplo, as pensões eram “unidades localizadas fora do espaço asilar, na comunidade”. Jacileide Guimarães e Toyoko Saeki, “Janelas do Santa Tereza: estudo do processo de reabilitação psicossocial do Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto (SP)”, *História, Ciências, Saúde — Manguinhos* 8.2 (2001): 363.

29. Hospital Colônia Adauto Botelho, “Avaliação de Atividades”, 01-02.

30. Hospital Colônia Adauto Botelho, “Avaliação de Atividades”, 06.

31. Hospital Colônia Adauto Botelho, “Avaliação do Projeto”, 02.

32. Hospital Colônia Adauto Botelho, “Avaliação de Atividades”, 01-02.

33. Hospital Colônia Adauto Botelho, “Avaliação do Projeto”, 01.

A possibilidade de mudança real na compreensão sobre as pessoas com sofrimento mental foi enunciada em um objetivo do PAPCA: “procurar transformar o ‘papel’ do ‘paciente’, de mero objeto das práticas institucionais para o de sujeito, tanto quanto possível, de seu próprio cotidiano e de seu futuro”.³⁴ O uso da palavra “sujeito”, no lugar de “paciente” indica o questionamento, por parte dos construtores do PAPCA, dos estereótipos sobre a impossibilidade de agencia das pessoas com sofrimento mental —vistas como dependentes e subordinadas simplesmente—, assim como as representações sobre a instituição psiquiátrica como lugar de tutela e apagamento das diferentes subjetividades das pessoas internas. Os loucos “pacientes” parecem ser, enfim, percebidos como pessoas que, ao adentram as instituições,

Perdem a originalidade de suas histórias, a espessura de seus sofrimentos e dores, e sobre eles se constrói um objeto institucional, que é aquele que nós vemos na instituição. Esta objetivação é vista posteriormente pela psiquiatria como sinais ulteriores da doença. A inércia, a estereotipia, as formas de alheamento da realidade passam a ser entendidas como sintomas da doença, assim como tudo aquilo que tem relação com as perdas, a perda de contratualidade, a perda de uma colocação socialmente reconhecida, enfim, todo o fenômeno de de-socialização que parte da doença.³⁵

Considerando que de fato há sofrimento, mal-estar, dor, perturbações, os construtores dos projetos indicaram, por outro lado, que compreendiam efetivamente o papel do dispositivo psiquiátrico na subjetivação das pessoas internas, afastando-se da chamada lógica manicomial que encobria os sujeitos junto com seus sofrimentos.³⁶ Enunciados do PPE e do PAPCA apontam, outrossim, que a responsabilidade na implementação e suporte a essas mudanças e no estabelecimento de uma cultura nova no lidar com os sujeitos internos, deveria ser de toda a equipe do hospital, na época já multidisciplinar (profissionais da medicina, da enfermagem, da psicologia, da assistência social e da terapia ocupacional).

Apesar das intenções reformadoras que visavam a desconstrução do modelo assistencial manicomial e de algumas ações concretas decorrentes do PPE e do PAPCA — como a instalação das pensões feminina e masculina —, um novo projeto com objetivos similares aos anteriores foi apresentado no HCAB em 1989, indicando a reduzida efetividade dos anteriores. O Projeto Técnico para Reformulação do Atendimento aos Pacientes de Longa Permanência (PTRAPLP) foi apresentado no mesmo ano em que, na Câmara Federal de Deputados, iniciou o trâmite do Projeto de Lei n.3.657, do deputado federal Paulo Delgado (Partido dos Trabalhadores – PT), que dispunha “sobre a extinção progressiva dos manicô-

34. Hospital Colônia Aduato Botelho, “Avaliação de atividades”, 02.

35. Dell’Acqua, 1992, *apud* Paulo Amarante, “Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia”. *História, Ciências e Saúde - Manguinhos*, 1.1 (1994): 68.

36. Amarante, “Uma aventura”.

mios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica”.³⁷

A construção do PTRAPLP foi antecedida por uma série de debates internos e do estabelecimento de diagnósticos sobre a situação do HCAB. Voltado também aos pacientes de longa permanência —os em situação asilar, crônicos, sem apoio familiar e que, muitas vezes, circulavam entre diferentes instituições manicômiais—, o projeto apresentou quatro níveis distintos que deveriam ser trabalhados: primeiro, organizar a equipe interdisciplinar e multidisciplinar; segundo, discutir como administrar a realidade institucional e as mudanças realizadas por meio dos projetos anteriores; terceiro, organização técnica da demanda residual, ou seja, como lidar com os serviços já existentes e criar um Centro de Estudos Integrados (CEI) para ampliação de pesquisas e estudos; quarto, travar diálogos políticos e sociais, visando ampliar o quadro de funcionários e discutir a realidade dos pacientes de longa permanência.³⁸

Os enunciados do PTRAPLP indicam a pretensão de realizar uma mudança abrangente, tanto no nível da assistência específica, quanto sobre as responsabilidades sobre essa e, assim foram previstos vários subprojetos que deveriam ser postos em prática concomitantemente, além da mobilização de uma equipe ampla. Dois documentos resultantes de reflexões sobre a situação acumulada desde a fundação do hospital subsidiaram o projeto: o primeiro, cuja denominação e autoria não foi mencionada, enfatizou as características de “asilo” do HCAB, a “insuficiência de recursos humanos em todos os setores”, a ausência de “reciclagem periódica” para os funcionários, a desconsideração do “stress funcional” de muitos destes, um “modelo terapêutico fracionado, com cada unidade se constituindo como um mini-hospital”; o segundo, elaborado pelo Grupo de Apoio e Planejamento (GAP), composto por *técnicos de diversas especialidades*, baseava-se em dados coletados pelo grupo para conhecer o perfil da “população internada”, que “destes dados concluiu: que significativa parte desta população já chegou ao HCAB com algum grau de deficiência ou desamparo social, o que torna o processo de recuperação mais problemático e incerto”. O documento indicou ainda que a falta de uma abordagem “dinâmica e moderna, dos problemas acumulados”, cooperava para o aumento da “cronificação dos pacientes, funcionários e instituição”, tornando um “fato incontestável” que o HCAB era um “misto de hospital psiquiátrico e asilo”, no qual cerca de 65% dos internos estava “em condições de asilamento”, com

37. Brasil, *Projeto de Lei n. 3657, de 11 de dezembro de 1989*. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação compulsória. (Brasília: Câmara Federal, 1989). <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004> (05/06/2021). O projeto de Delgado se converteu na Lei n. 10.216, aprovada em 6/04/2001, com diversas modificações, tratando fundamentalmente dos direitos dos doentes mentais e de uma reorientação do modelo assistencial, sem excluir os hospitais psiquiátricos. Brasil, “Legislação”, 17-20.

38. Hospital Colônia Adauto Botelho, “Projeto técnico para reformulação do atendimento aos pacientes de longa permanência do Hospital Colônia Adauto Botelho”, Pinhais, 1989. AHCAB, Pinhais.

50% com “um tempo de internamento superior a 01 (um) ano”. Estes resultados, descritos no projeto, teriam sido fundamentais para a estruturar o novo modelo proposto que seria alicerçada “sobre a existência de um ambulatório, um setor de recém admitidos e um setor de longa permanência”.³⁹

Sofrimento, abandono familiar e social e o hospitalismo, a doença institucional resultante da longa permanência das pessoas em instituições, marcava a vida dos pacientes de longa permanência:

Na internação por longo tempo, a vida das pessoas com transtornos mentais passa a ser a vida do hospital, o cotidiano do indivíduo é regido pelo cotidiano no hospital. O hospital se torna a ‘casa’ da pessoa com transtorno mental, sua vida gira em torno das atividades do hospital; há o rompimento com a vida em sociedade, como se eles não existissem para o mundo fora do hospital.⁴⁰

A cronicidade patológica e institucional foi um dos maiores desafios enfrentados pelo HCAB e outras grandes instituições psiquiátricas, que em seus intuítos de reforma não conseguiam administrar a contento o problema. O projeto de 1989, também buscou solução para esse e outros problemas, propondo a racionalização dos recursos humanos e materiais e seu gerenciamento mais eficaz, além da localização centralizada dos recursos “com vista ao atendimento de maior número de internos e a saída do imobilismo institucional”. Objetivos diferentes dos vistos nos projetos anteriores, como a formação de equipes interdisciplinares de trabalho —que parecem já atuar em algumas circunstâncias, mas de forma fragmentada— e a intenção de “desmedicalizar gradualmente, após avaliação intensa e a oferta de atividades múltiplas sob ótica preferencialmente grupal”, foram delineados em subprojetos. Outros objetivos repetiram-se, como a necessidade de modificar a “visão global do paciente”, por meio da “humanização” dos internos de longa permanência; o “resgate da cidadania”, que significava deixar de usar o termo “paciente”; e a “ressocialização dos internos de longa permanência”.⁴¹

Num momento histórico em que o hospital colônia, cuja base terapêutica deveria ser a praxiterapia —pouco posta em prática ao longo dos anos no HCAB—, tinha no uso de medicamentos, especialmente após o banimento do eletrochoque, seu principal meio de tratamento, o objetivo de “desmedicalizar” é *extremamente importante*. Conjugado com os demais, resultava no intuito de substituir o uso intensivo de fármacos, a medicalização (em seu sentido amplo) e a hospitalização, marcos do paradigma biomédico, pelo paradigma psicossocial, base de muitas das propostas de reforma psiquiátrica em discussão no país e no exterior. As ideias centrais que definem este paradigma —como a promoção de uma assistência mais

39. Hospital Colônia Aduato Botelho, “Projeto técnico”, 04.

40. Mariana M. Salles e Sônia Barros, “Transformações na atenção em saúde mental e na vida cotidiana de usuários: do hospital psiquiátrico ao Centro de Atenção Psicossocial”, *Saúde em debate* 37.97 (2013): 327.

41. Hospital Colônia Aduato Botelho, “Projeto técnico”, 09.

eficaz, porque mais humanizada e participativa (contando com a participação ativa de familiares, do próprio sujeito em sofrimento e da comunidade), usando diferentes recursos terapêuticos, manejados por equipes interprofissionais, além de criar dispositivos extra-hospitalares que promovessem a redução das internações manicomialis— estão presentes nos enunciados do projeto.⁴²

Ao trazer para o centro do debate a cronificação dos “pacientes”, este projeto —como em parte os anteriormente mencionados— reconhece o poder de destruição que a vida asilar tem sobre as pessoas internadas por longos períodos; pessoas que perdem completamente, ou quase, o contato com amigos e familiares, perdem empregos, propriedades e a própria perspectiva de uma vida fora da instituição que, como já indicamos, se torna sua casa. Uma casa, porém, em que vivem, na maioria das vezes, submetidas a atitudes autoritárias de profissionais diversos, ao ócio forçado, à privação de contato com a realidade, ao excesso de medicamentos, ao desrespeito contínuo a seus desejos e ao desprezo às suas inquietações subjetivas.⁴³

Entre os subprojetos planejados para combater a cronificação e o hospitalismo de “pacientes que não abrigavam sintomatologia psiquiátrica produtiva” e que apresentavam toda a sintomatologia da doença institucional, como “estereotipia comportamental, sintomas patoplásticos, abandono ou total rejeição familiar, baixa produtividade em trabalhos, etc.”,⁴⁴ estava o dos chamados Lares Abrigados Masculino e Feminino. Os Lares Abrigados propostos —tanto os do HCAB, quanto outros criados em grandes instituições, como o Hospital do Juqueri (Franco da Rocha - SP), em 1984⁴⁵— foram concebidos, inicialmente, para retirar pessoas com as características descritas das enfermarias tradicionais e abrigá-las em lugares que remetessem a um lar, ou seja, lugares nos quais estas pessoas pudessem ter maior participação na gestão de suas vidas e maior contato com a comunidade extra-hospitalar. Estas pessoas, que perderam total ou parcialmente os vínculos familiares, teriam assim uma oportunidade de criar novos vínculos, desvinculando-se da cultura hospitalocêntrica.⁴⁶

42. Patrícia F. Sousa e outros, “Paradigma Biomédico X Psicossocial: Onde são Ancoradas as Representações Sociais Acerca do Sofrimento Psíquico?”, *Trends in Psychology* 26.2 (2018): 883-895; Manoel Acioli Neto e Paulo Amarante, “O Acompanhamento Terapêutico como Estratégia de Cuidado na Atenção Psicossocial”, *Psicologia Ciência e Profissão* 33.4 (2013): 964-975; Abílio da Costa-Rosa, “O modo psicossocial: Um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar”, *Ensaio subjetividade, saúde mental, sociedade*, org. Paulo Amarante (Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2000) 141-168; Nildo Batista, “Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas”, *Cadernos FNEPAS 2* (2012): 25-28.

43. Pedro Gabriel G. Delgado, “Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil (com um apêndice sobre a questão dos cornificados)”, *Cidadania e loucura. Políticas de saúde mental no Brasil*, eds. Nilson do Rosário Costa e Silvério Tundis (Petrópolis: Vozes, 1998) 171-202.

44. Hospital Colônia Adauto Botelho, “Projeto técnico”, 10.

45. Paulo Cezar N. Palladini, “Dois anos e meio de Lar Abrigado no Juqueri”, *Arquivos de Saúde Mental do Estado de São Paulo* 46 (1986-1987): 62-66.

46. Regina Barros e Silvia Josephson, “Lares Abrigados: dispositivo clínico-político no impasse da

Idealizados como locais externos aos hospitais —casas localizadas no espaço urbano—, no HCAB estes lares seriam, pelo projeto de 1989, localizados inicialmente em pavilhões modificados do hospital e abrigariam 22 internos (10 homens e 12 mulheres). Os enunciados do projeto indicam que os Lares Abrigados guardam certa semelhança com as Pensões Protegidas instaladas no HCAB, em 1982 (feminina) e 1983 (masculina), pois somente poderiam ser transferidos internos com algumas das características seguintes: independência para cuidar-se; não utilizar medicamentos psiquiátricos; não ter um quadro psicopatológico ativo; compreender instruções; ter capacidade de estabelecer rotinas e conseguir se envolver diretamente na elaboração destas; já estar engajado em atividades de programas e apresentar produtividade nestes; haver passado por uma avaliação profunda do Serviço Social; poder se instalar em pavilhões abertos. O objetivo final do projeto anunciado, assim como nas Pensões Protegidas, era a “ressocialização e a reintegração do interno ao meio social, quiçá externo ao hospital”.⁴⁷

Para atender outros internos de longa permanência foi delineado o subprojeto dos Núcleos Intermediários, com pavilhões semiabertos. Funcionando como uma ponte, ou para a alta hospitalar, ou para os Lares Abrigados, eram voltados aos internos com capacidade para exercer o autocuidado, envolvidos em atividades, mas que dependiam ainda do uso de medicação, pois apresentavam sintomatologia psicopatológica produtiva requerendo observação e os cuidados de uma equipe mínima de saúde mental.

O subprojeto Unidade de Cuidados Intensivos visava os internos sem condições de realocação em ambientes abertos, semiabertos ou externos, por apresentarem “deficiências físicas, mentais e/ou de comprometimento orgânico severo”, necessitando de cuidados intensivos em relação a alimentação, higiene, medicação etc. Assim, ao contrário das unidades mencionadas, atendidas por equipes multidisciplinares, nessa unidade a “presença e ocupação majoritária pela enfermagem” seria fundamental.⁴⁸

Os enunciados do projeto indicam que a “grande esperança da equipe e retroalimentador da própria motivação” do grupo recaía sobre o subprojeto do Centro de Atividades Terapêuticas (CAT). O CAT parecia já ser embrionário, pois dispunha de um espaço definido e assegurado dentro do hospital —o pavilhão oito, masculino— e estava “subjetivamente em aberto para atividades a serem prescritas pelos técnicos responsáveis pelos programas elaborados pelos setores ou unidades”. O projeto indica assim a ampliação desse centro, com a criação de espaços para atividades diversas, tanto para os internos, quanto para a equipe multidisciplinar. Para esta haveria uma sala de reuniões, que seria também a sede do Centro de Estudos Integrados (CEI), um local de pesquisa, de debates, do estudo de casos, de elaboração de documentos, de encontro entre a “equipe mínima em Saúde Men-

relação com a cidade”, *Saúde em Debate* 25.58 (2001): 61-62.

47. Hospital Colônia Adauto Botelho, “Projeto técnico”, 10.

48. Hospital Colônia Adauto Botelho, “Projeto técnico”, 10.

tal X equipe mista em Doença Mental” e também funcionaria como um setor de ambulatório e interconsultas. Para os internos, haveriam lugares para atividades de lazer e aprendizado de novas habilidades, como: salas para bailes, atividades físicas, produção de artesanatos, artes plásticas e música; uma cozinha-escola; uma pequena biblioteca; uma cancha de esportes; um espaço para a recepção das visitas. O CAT, em resumo, deveria ser o espaço propício para o “uso de alternativas terapêuticas e ser auto-gerador de recursos e auto-gerenciador dos programas”.⁴⁹

Todavia, as proposições não foram facilmente transformadas em práticas na medida em que, como anunciaram relatórios de avaliação, inúmeras tensões e resistências marcaram o caminho. Os relatórios concernentes aos primeiros projetos apontaram que, além da resistência dos próprios pacientes às mudanças —demonstrada, por exemplo, pela desconfiança em relação à segurança da vida na Pensão Protegida, o medo de “serem mandadas embora”, ou ao uso de novas terapias por novos terapeutas—, houve resistências de “vários segmentos [profissionais] da instituição”, demonstradas por meio da “dificuldade de funcionários em aceitar restrições à sua autoridade sobre os internos”, das “dificuldades iniciais no convívio com pacientes em livre circulação [e a] resistência de setores do hospital à integração ao trabalho do pavilhão, etc.”⁵⁰ Uma constante troca de pessoas nas equipes, bem como uma irregular avaliação e reestruturação, quando necessária, do trabalho realizado foram também problemas enfrentados nas tentativas de mudar o cenário da assistência no HCAB.

Por outro lado, uma compreensão maior sobre as dificuldades e sofrimentos que cercam estes mesmos funcionários é enunciada nos relatórios, pois pessoas que lidam com o sofrimento de outras pessoas, em instituições como o HCAB, são submetidas, muitas vezes, a ambientes insalubres, com falta de recursos e excesso de tarefas, recebem baixos salários e lhes falta formação ou atualização em suas áreas específicas.⁵¹ Para tentar mudar tais condições foi proposto no PTRAPLP, o subprojeto Integração dos Funcionários do HCAB, que propôs ações para trabalhar as resistências às mudanças, oportunizar a reciclagem de conhecimentos, treinar a equipe de forma multidisciplinar, promover e manter a saúde mental dos trabalhadores. Considerando as propostas deste subprojeto, torna-se visível que o movimento de subjetivação deveria atingir não só quem deveria receber cuidados, mas também quem deveria cuidar.

Outro subprojeto do PTRAPLP foi o Programa de Integração ao subprojeto CAT Atenção ao Paciente Geriátrico. Estes, que constituíam 42% dos “pacientes

49. Hospital Colônia Adauto Botelho, “Projeto técnico”, 11-12.

50. Hospital Colônia Adauto Botelho, “Avaliação do Projeto” 04; Hospital Colônia Adauto Botelho, “Avaliação de Atividades”, 04.

51. Ana Pitta, *Hospital: Dor e Morte como Ofício* (São Paulo: Hucitec, 1999); Ionara V. M. Rabelo e Ana Raquel R. Torres, “Trabalhadores em saúde mental: relações entre práticas profissionais e bem-estar físico e psicológico”, *Psicologia: ciência e profissão* 25.4 (2005): 614-625; Jamila Zgiet, “Reforma psiquiátrica e os trabalhadores da saúde mental – a quem interessa mudar?”, *Saúde em Debate* 37.97 (2013): 313-323.

crônicos e asilares” existentes no HCAB à época (16% homens e 26% mulheres), associavam “ao problema da idade, o abandono e rejeição familiar que leva este tipo de paciente ao asilamento definitivo”. No subprojeto foram propostas para os internos atividades de terapia ocupacional, que promovessem a “ocupação regrada e orientada”, com atividades relativas à vida diária, aos cuidados com o espaço de habitação, atividades físicas, além de atividades manuais, artesanais e atividades socioculturais e recreativas; e para os profissionais envolvidos nos cuidados destinados a esta parcela de internos, um chamamento à realização de atividades que reavivassem “seu interesse pela personalidade e pelo destino do paciente idoso”. Sem indicação específica de como isto poderia acontecer —mas possivelmente vinculando esta proposição às demais destinadas aos profissionais—, o objetivo de humanizar “a forma de assistência prestada a este tipo de paciente, combatendo a deterioração manicomial”, foi colocado.⁵² É perceptível, que a experiência do envelhecimento tornou-se uma pauta dentro da instituição, anunciada como uma possibilidade de desconstruir velhas dinâmicas e propor novos reposicionamentos subjetivos, tanto dos operadores técnicos sobre os pacientes geriátricos, quanto destes sujeitos sobre si mesmos.

O projeto de 1989, contou ainda com outro subprojeto, o de Interarticulação Institucional/Interarticulação Comunitária, no qual a apresentação dos objetivos e ações a serem deflagradas foi precedida de um arrazoado que situou, não apenas este subprojeto, mas o projeto como um todo, dentro das demandas reformadoras mais amplas em andamento no país. Tecendo críticas, especialmente, à ausência de atitudes concretas por parte dos responsáveis institucionais, assim como à atuação governamental, traz um questionamento sobre o estigma que cerca as pessoas com sofrimento mental, vistas como “um todo indiscriminado de pessoas, que por características de seu isolamento pessoal e social, pelo descrédito da população na ausência de mecanismos esclarecedores do que seja ADOECER, na dissociação mente-corpo”, acabam por ser marcadas com um sinal infamante. Contribuiria para isto também o “histórico enclausuramento dos pacientes e da sua equipe de atendimento”. Esta última, que era também rechaçada pelos profissionais de saúde de outras áreas, era carente de programas de reciclagem, sofria ausências de supervisão e interesse, bem como “de programa em execução de saúde (mental inclusive) organizado, em suas diretrizes e bases”.⁵³

No subprojeto há a indicação de que este seguira as diretrizes aprovadas na Conferência Nacional de Saúde Mental,⁵⁴ no que diz respeito a Interarticulação Institucional, que já estaria em andamento, por meio da representação do grupo na Legião Brasileira de Assistência - LBA, na comissão do “Adulto Incapaz” e

52. Hospital Colônia Adauto Botelho, “Projeto técnico” 07, 14, 13.

53. Hospital Colônia Adauto Botelho, “Projeto técnico” 15.

54. Acreditamos que a referência seja à I Conferência Nacional de Saúde Mental, que ocorreu entre 25 e 28/06/1987, em Brasília/DF, pois a segunda ocorreu apenas em 1992. cf. Brasil, Ministério da Saúde, *I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final* (Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988).

na própria fundação de saúde do estado, a FCMR. Além disto, o HCAB estaria se abrindo para “convênios com Universidades para captação de estagiários”. A Interarticulação Comunitária também já existiria, porém em pequena proporção, resumindo-se a circulação livre de alguns internos pelo espaço hospitalar —os que possuíam “crachás” e haviam sido submetidos a avaliação técnica— e a possibilidade de saírem daquele “para fazerem suas compras na tendinha” ou para “irem à igreja”. Novas possibilidades de articulação, como “a adoção de ‘Lares Substitutos’ ou ‘Vilas Avançadas’, onde os ex-internos se albergariam sob regime de ‘Hospital-Dia’ ou ‘Hospital-Noite’”, também surgiram neste subprojeto.⁵⁵

A década de 1980 no HCAB foi marcada pelos diversos projetos que problematizamos; projetos que tentaram mudar a realidade institucional ora pela readequação dos espaços existentes ou criação de novos espaços; ora por meio de uma reflexão mais ampla, instruída pelos novos paradigmas relativos à saúde mental, como exemplifica um fragmento do projeto de 1989:

Entre o espaço de pensar e implantar, novas reflexões foram se colocando, [...] “a doença mental pode ser compreendida na atualidade também como resultante do processo de aviltamento e exclusão social de significativo setor da população. A medicalização e psiquiatrização frequentemente marcaram os problemas sociais e assim contribuem para a alienação psíquica e social dos indivíduos submetidos ao processo, despojando-se de seus direitos sociais, civis e políticos” (1). “A instituição psiquiátrica ao permitir a quebra dos vínculos sócio-culturais do doente mental leva, conseqüentemente, a sua segregação. Os profissionais da saúde que não se acomodam com esta situação, assumem a difícil tarefa de reintegrar esses doentes e tentam atuar de forma e evitar a separação do doente de sua família. [...] Efeito nocivo da longa permanência numa instituição o ‘hospitalismo’ é a garantia que permite ou possibilita a família e a sociedade se livrar do doente mental. Comumente os efeitos iatrogênicos do hospitalismo causam a cronicidade de doenças psiquiátricas e a desagregação do doente mental” (2).⁵⁶

2. O HCAB entre descompassos e conquistas: a modo de conclusão

As mudanças que foram projetadas para o HCAB, algumas implementadas, outras não, em meio a tensões diversas que atingiram um também diverso conjunto de sujeitos envolvidos com elas desde lugares institucionais diferentes —especialmente os construtores dos projetos e aqueles a quem se devia “cuidados”, “humanização”, “transformação”— estão inseridas em um período histórico em que o

55. Hospital Colônia Adauto Botelho, “Projeto técnico”, 15.

56. Hospital Colônia Adauto Botelho, “Projeto técnico”, 05. Conforme averiguamos o primeiro trecho entre aspas (1) citado no documento do HCAB foi extraído do Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em 1987 (Brasil. Ministério da Saúde, “I Conferência” 21); o segundo trecho entre aspas (2) foi extraído de Marcos de N. Ribeiro, “Hospitalismo, sintoma da doença institucional: contribuições etnopsiquiátricas”, *Revista ABP-APAL* 8.4 (1986): 144-147.

Brasil passava pelo processo de redemocratização depois de um período ditatorial de cerca de 20 anos, no qual as lutas por cidadania de vastos contingentes populacionais ganharam corpo, incluída a luta pelos direitos das pessoas com sofrimento mental e a busca do redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental.

Neste texto destacamos os enunciados principais dos projetos formulados no HCAB nos anos 1980, que foram construídos como possibilidades de realizar uma reforma psiquiátrica na instituição. Neste percurso parcela dos objetivos de projetos anteriores se repetiram nos mais recentes, o que demonstra os limites postos ao projetado na sua concretização efetiva. Os relatórios de avaliação dos dois primeiros projetos apresentados (PPE e PAPCA), em 1983 e 1984 respectivamente,⁵⁷ além de um item intitulado “Retro-avaliação / Conclusão”, apresentado na parte final do projeto técnico de 1989 (PTRAPLP),⁵⁸ permitem uma breve avaliação de como os enunciadores do discurso, formuladores dos projetos, perceberam a efetividade de suas proposições. As avaliações recaíram, em grande medida, sobre a eficácia das ações propostas; os equívocos de algumas delas; os problemas que envolviam os sujeitos a que se destinavam e os que precisavam atuar para efetivação dos projetos; as responsabilidades da direção institucional; assim como, sobre questões de caráter teórico relacionadas ao entendimento de quem eram os sujeitos internos, o que era o sofrimento psíquico e quais as terapêuticas que deviam ser utilizadas para incidir sobre aqueles.

Foi neste sentido que o documento de 1983, que avaliou o PPE, iniciou com uma crítica quanto à eficácia da Pensão Protegida feminina colocada em funcionamento no ano anterior, em razão do incorreto encaminhamento de algumas internas. Dentre as 20 “pacientes” selecionadas para a pensão, algumas foram consideradas sem as condições mínimas necessárias para reconstruírem suas vidas nesse lugar:

Angela é muda e surda; Ana Maria tem déficit mental acentuado (retardo); Alfa até então não falava, apenas gesticulava; Elsa, ex adolescente do IAM apresentava constantes atuações psicopáticas; Maria Rocha com idade avançada; Cristina com sério comprometimento neurológico central tinha grande dificuldade visual e incoordenação motora, dentre outras.⁵⁹

A impropriedade da seleção conduziu a um paradoxo, pois, se por um lado parecia importante manter o grupo inicial para ver “o que dele surgia”, por outro lado, ter neste grupo pessoas com potencialidades limitadas poderia afetar o bom funcionamento da “pensão”. Tal paradoxo gerava tensões e um clima de insegurança no grupo de pensionistas e na equipe, o que, por vezes, chegou a provocar “pequenas confusões e tumultos” e até mesmo “agressões físicas francas”, que

57. Hospital Colônia Adauto Botelho, “Avaliação do Projeto”; Hospital Colônia Adauto Botelho, “Avaliação de Atividades”.

58. Hospital Colônia Adauto Botelho, “Projeto técnico”.

59. Hospital Colônia Adauto Botelho, “Avaliação do Projeto”, 05.

atentavam contra a “lei” inicial e única da Pensão Protegida: a intolerância com a agressão física, fosse em razão da necessidade de respeito mútuo, fosse por que não havia meios de conte-la, assim como o cultivo de “uma cultura de ‘ajuda mútua’ em caso de descontrole”.⁶⁰

O relatório de avaliação anunciou também as mudanças que sobrevieram: houve transferências de volta aos pavilhões de origem, o que foi visto pelo grupo de pensionistas como um castigo e não como forma de proteger a Pensão; a equipe envolvida se desfez momentaneamente, mas com o tempo conseguiu realizar o projeto que foi considerado estável e vivia um momento de amadurecimento organizacional e cotidiano; com isso, algumas pensionistas conseguiram recuperar aspectos de suas vidas anteriores, restabelecendo contatos com familiares, renovando documentos e se preparando para a vida fora do hospital.

Os enunciados presentes nos documentos expõem como a linha entre os avanços e os limites da reforma dentro da instituição era tênue. Percebemos como houve, primeiramente, interdição e exclusão no próprio discurso da instituição em relação às pessoas destinadas à Pensão e ao que se esperava desses sujeitos, ou seja, enunciados identificaram os loucos e/ou justificaram ações, produzindo subjetividades. Outrossim, vimos como as condições físicas e patológicas ainda tinham um peso significativo no destino dos sujeitos dentro do hospital, uma vez que para ter acesso a esses serviços o conceito chave era potencialidade.⁶¹ Por outro lado, é preciso compreender que a desinstitucionalização, de uma maneira geral, foi implementada de forma lenta, dependendo não apenas das iniciativas ou do protagonismo das instituições, mas também de um contexto macrossocial que aos poucos foi criando serviços substitutivos de saúde mental.⁶²

Dificuldades adicionais foram relatadas quanto aos recursos humanos disponíveis para colocar em ação muitas das atividades programadas. Situado na região metropolitana de Curitiba, no município de Pinhas, o hospital ficava distante tanto da capital, quanto do centro dessa. No relatório de 1983, assim como em relatórios diversos desde a inauguração do HCAB, à esta distância foi atribuída parte da dificuldade na obtenção de recursos humanos qualificados (profissionais formados ou mesmo estagiários), e em maior quantidade. Se em outros momentos, os argumentos indicavam a necessidade de trabalhadores para satisfazer exigências cotidianas de um grande hospital; no momento sobre o qual refletimos, indicavam a necessidade de profissionais que atuassem no sentido de romper com sua característica asilar.

60. Hospital Colônia Adauto Botelho, “Avaliação do Projeto”, 05.

61. Carvalho.

62. No Brasil, os primeiros serviços substitutivos de saúde mental foram implementados em 1987, mas só foram efetivamente instaurados no ano de 1992 através da Portaria SNAS n. 224, de 29 de janeiro de 1992. Através desta portaria foram criados os Núcleos de Atenção Psicossociais (NAPS) e os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS). Brasil. Ministério da Saúde, “Legislação em saúde mental”.

É assim que lemos as queixas no relatório de 1983, bem como as colocadas no relatório de 1984, que enuncia que o “o trabalho com pacientes crônicos e asilados deve fundar-se sobre ações conjugadas da equipe multidisciplinar de Saúde Mental, que possam superar as limitações da abordagem médica”. Para tanto, o médico psiquiatra que assina o relatório – um documento elaborado a partir de “reuniões de avaliação interna com as equipes dos pavilhões 06 B e pavilhão masculino” –, indica ser necessário conjugar as práticas médicas com o trabalho do Setor de Psicologia, assim como ampliar os “recursos humanos e materiais em geral, e em especial do Serviço Social”. Esta seria uma forma de avançar no sentido da ressocialização dos pensionistas, além de promover “considerável economia ao erário público em despesas com diárias hospitalares”.⁶³

Além disso, a avaliação do PPE, de 1983, chamou atenção para outro ponto vital: a mudança nas relações interpessoais, fundamental para a mudança do paradigma assistencial. Havia urgência de que a equipe multidisciplinar tivesse um preparo técnico-científico, desenvolvendo uma nova cultura para interagir com os internos, pois “não se faz prevenção primária em saúde mental com utilização de psicofármacos”. A nova cultura da equipe deveria primar pelo respeito a cultura dos internos, a maioria proveniente do “meio rural e com hábitos, costumes e crenças diferentes da minoria privilegiada de nosso sistema social”.⁶⁴

Se as avaliações de 1983 e 1984 apontam os problemas relativos à escassez de recursos humanos e a falta de preparo dos profissionais vinculados ao HCAB — problemas que tornam difícil, quiçá impossível o cumprimento dos objetivos dos projetos —, sem indicar claramente os responsáveis por isto, a “Retro-avaliação” realizada no projeto de 1989 é direta: os responsáveis estão no topo da estrutura hierárquica do HCAB, estão na direção deste. O apoio é dado, “mas ressentem-se de atenção maior”, de um “interesse mesmo da direção de discutir junto, havendo-se tido a impressão, ainda não elaborada, de se estar fazendo um trabalho que não obterá ressonância”.⁶⁵

Outros elementos são apontados como indicadores de que o projeto poderia não se efetivar, indicando as tensões e descompassos internos na tentativa de realizar mudanças no cotidiano institucional que redundassem numa mudança de perspectiva geral sobre a assistência oferecida:

Várias lacunas ainda estão existindo, tanto de atendimento aos internados quando da própria organização do trabalho, pois em nenhum momento houve a desvinculação das funções específicas dos técnicos para a dedicação ao planejamento. Também, nenhum benefício adicional foi concedido. O “empenho” espontâneo tem sido a “tônica” da equipe até então.

Pela inexperiência do grupo neste tipo de atividade, pela ausência da prática de trabalho do grupo interdisciplinar, também diversos equívocos têm sido cometidos. As reuniões de planejam-

63. Hospital Colônia Adauto Botelho, “Avaliação de atividades”, 05.

64. Hospital Colônia Adauto Botelho, “Avaliação do Projeto”, 08.

65. Hospital Colônia Adauto Botelho, “Projeto técnico”, 20.

to algumas vezes se transformaram em terapêuticas, em outras o grupo quase implodiu. Em muitos momentos, a exteriorização da hetero-agressividade liderou, sem a necessária clarificação dos conteúdos latentes, tendo a coordenação que atuar terapêuticamente, ou como “supervisão” [...]

Carece-nos intercâmbio. Muitas vezes pressentimos a redundância de nosso discurso. Clamando pela liberação de nossos internos e de nós mesmos, isolados, ilhados de todo e qualquer contexto de saúde. Redundância... Partindo tão somente de nós mesmos.

Não sabemos, portanto, se se viabilizará o planejamento no todo ou em suas partes. Ou... se nada [...]⁶⁶

“Deslocamentos, obnubilação, devaneios e fugas... Presente a própria vontade de acertar. MOLA PROPULSORA: a Esperança”, enunciou a retro-avaliação. E esta esperança parece estar alicerçada na compreensão de que seria preciso, de forma urgente e imprescindível, reformular o “hospital fechado com característica de ‘ASILO’ [transformando-o] em um hospital ‘ABERTO’, com ambiente terapêutico”. Para tanto, além da demanda para que a direção assumisse a responsabilidade de fazer cumprir o proposto, a avaliação apontava ser necessário “não só uma grande reflexão, como um desgaste em se conceituar e ter a ideologia ‘mesma’ da proposta [...] para transformar o ‘depósito de doentes’ em instituição para promover a saúde”.⁶⁷

A despeito das tensões, descompassos e limites apontados, a perspectiva do cumprimento de grande parte dos objetivos propostos nos projetos foi repetida nas avaliações do PPE e do PAPCA, bem como na retro-avaliação constante do PTRAPLP. Em 1983, o psiquiatra responsável pelo relatório de avaliação do projeto, indicou que a despeito do projeto terapêutico do HCAB não colocar em prática um tratamento de seus internos a nível emocional, privilegiando o combate psicofarmacológico dos sintomas apresentados, as próprias dificuldades vivenciadas no cotidiano de experimentar novas formas de lidar com o sofrimento teriam servido para o “crescimento e amadurecimento da equipe”, o que fora possível pelo “grau de liberdade e de livre expressão” daquela. Segundo ele, muitos objetivos haviam sido cumpridos e os resultados se expressavam “na recuperação gradativa da identidade social das pensionistas, no grau de credibilidade em si mesmas e pela substituição do papel social – deixam de ser doentes para se tornarem gente”.⁶⁸ Já em 1989, o psiquiatra que assinou o texto, destacou que, não obstante houvesse uma “operacionalização ainda precária” das propostas feitas no projeto, em razão de um “sistema rígido, demasiado burocrático”, a “criatividade [e a] preocupação em todos os momentos”, do grupo envolvido, mantinha viva a esperança que mudanças efetivas acontecessem.

66. Hospital Colônia Aduino Botelho, “Projeto técnico”, 19-20.

67. Hospital Colônia Aduino Botelho, “Projeto técnico”, 19.

68. Hospital Colônia Aduino Botelho, “Avaliação do Projeto”, 09.

Conclusões

Uma das questões centrais apontadas nas avaliações dos projetos, pois fora motivadora das propostas neles contidos, foi tornar possível uma transformação dos sujeitos atuantes no HCAB, dos internados aos profissionais. Neste sentido, os enunciados atuaram como práticas produtivas criando, por meio de processos de subjetivação, novos sujeitos: por um lado, aqueles que outrora eram destituídos de direitos, meros “pacientes”, transformaram-se em “gentes”,⁶⁹ por meio de práticas novas de cuidados e humanização; por outro, aqueles que eram acomodados, resistentes a mudanças, desatualizados, transformaram-se em atentos, preocupados e engajados na realização das mudanças internas e na movimentação mais ampla de críticas ao modelo asilar.

Desde o desencadeamento dos projetos aqui discutidos, mudanças significativas em termos legislativos aconteceram no estado e no país, como a aprovação da lei paranaense de reforma em 1995 e a lei geral brasileira em 2001. Além disto, dos anos 1990 até este novo milênio, inúmeras portarias foram aprovadas, algumas recentes que ameaçam inclusive as conquistas de outrora. No HCAB, também iniciaram-se novos projetos.

Não existem dúvidas que os caminhos trilhados pela instituição na promoção de uma nova realidade hospitalar foram conflituosos, o que demonstra as dificuldades em romper com o modelo manicomial, bem como em concretizar um projeto de desinstitucionalização de forma completa, uma vez que parte substancial dos internos eram os chamados crônicos e asilares. Porém, os movimentos realizados dentro do HCAB, evidenciam como as determinações legais sobre a reforma psiquiátrica foram mais efeitos do que motores das transformações que começaram a acontecer nas instituições, instadas pelo movimento social mais amplo. A documentação analisada apresentou e problematizou, tanto o projetado, quanto o conquistado, em meio a tensões e embaraços organizacionais, financeiros e subjetivos, que incidiram tanto sobre os internos, quanto sobre os trabalhadores. A instituição como um todo, precisou se reconstruir a partir de um novo paradigma sobre saúde mental.

Em um momento histórico em que a cidadania precariamente conquistada pelas pessoas com sofrimento mental esteve seriamente ameaçada no Brasil, em razão de mudanças na política de saúde mental deflagradas pelo governo federal desde meados da década passada, mudanças que encontraram resistências dentro das próprias instituições, por meio de seus profissionais, e fora delas, mediante diferentes grupos da sociedade civil,⁷⁰ acreditamos que a visualização e problematização de movimentações que contribuíram para a deflagração da Reforma Psiquiátrica no país, com suas tensões, descompassos, limites e conquistas, seja um

69. Hospital Colônia Adauto Botelho, “Projeto técnico”.

70. Monica de O. Nunes e outros, “Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional”, *Ciência e saúde coletiva* 24.12 (2019): 489-98.

influxo positivo para as resistências contemporâneas ao esvaziamento do processo por uma guinada conservadora.

Fontes

Impressos

- Brasil. Ministério da Saúde. *I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Legislação em saúde mental 1990-2004*. 5.ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- Brasil (1989). *Projeto de Lei n. 3657, de 11 de dezembro de 1989*. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação compulsória. Brasília: Câmara Federal. [http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichade tramitacao?idProposicao=20004\(05/06/2021\)](http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichade tramitacao?idProposicao=20004(05/06/2021))
- Paraná. Secretaria do Estado da Saúde e do Bem Estar Social. Fundação de Saúde Caetano Munhoz da Rocha. Grupos de Apoio a Saúde Mental. *Proposta para uma política de Saúde Mental*. Curitiba: SESB; FSCMR, 1983.

Manuscritos

- Arquivo do Hospital Colônia Adauto Botelho (AHCAB)
- Avaliação de Atividades do Programa de Atendimento a Pacientes Crônicos e Asilados. 1984.
 - Avaliação do Projeto de Pavilhão Externo. 1983.
 - Histórico do HCAB. 2005.
 - Projeto técnico para reformulação do atendimento aos pacientes de longa permanência do Hospital Colônia Adauto Botelho. 1989.
 - Relatórios do HCAB - Cadernos 1 a 4, pelo Dr. Arnaldo Gilberti. 1955-1958. Anexo Regimento Interno.

Bibliografia

- Acioli Neto, Manoel e Amarante, Paulo. “O Acompanhamento Terapêutico como Estratégia de Cuidado na Atenção Psicossocial”. *Psicologia Ciência e Profissão* 33.4 (2013): 964-975.
- Alvarenga, Lys e Novaes, Cristiane. “Estratégias na reforma psiquiátrica no município de Barbacena: a cooperação entre gestor público e o terceiro setor”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 14.2 (2007): 571-593.
- Amarante, Paulo (Coord.). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1998.
- Amarante, Paulo. “Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia”.

- História, Ciências e Saúde - Manguinhos* 1.1 (1994): 61-77.
- Amarante, Paulo. “Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da Reforma Psiquiátrica”. *Cadernos de Saúde Pública* 11.3 (1995): 491-494.
- Amarante, Paulo. *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1996.
- Amorim, Ana Karenina e Dimenstein, Magda. “Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico”, *Ciência e saúde coletiva* 14.1 (2009): 195-204.
- Barros, Regina e Josephson, Silvia. “Lares Abrigados: dispositivo clínico-político no impasse da relação com a cidade”. *Saúde em Debate* 25.58 (2001): 57-69.
- Batista, Nildo. “Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas”. *Cadernos FNEPAS* 2 (2012): 25-28.
- Carvalho, Jakeline S. “Caminhos para a Reforma Psiquiátrica no Hospital Colônia Adauto Botelho (1980-2002)”. Dissertação de Mestrado em História, Poder e Práticas Sociais, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, 2018.
- Costa-Rosa, Abílio da. “O modo psicossocial: Um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar”, *Ensaaios subjetividade, saúde mental, sociedade*. Coord. Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2000, 141-168.
- Delgado, Pedro Gabriel G. “Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil (com um apêndice sobre a questão dos cornificados)”. *Cidadania e loucura. Políticas de saúde mental no Brasil*. Eds. Costa, Nilson do Rosário e Tundis, Silvério. Petrópolis: Vozes, 1998, 171-202.
- Fonseca, Ana Lúcia N. “O cuidado transpessoal de enfermagem ao portador de transtorno mental e sua família: uma contribuição para a reinserção social”. Dissertação de Mestrado em Assistência de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, 2004.
- Foucault, Michel. *A ordem do discurso*. São Paulo: Loyola, 2013.
- França, Antonio Carlos. “A Saúde Mental e a subjetividade-cidadã”, *Fractal Revista de Psicologia* 20.1 (2008): 129-134.
- Goulart, Maria Stella B. e Durões, Flávio. “A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias de desinstitucionalização”. *Psicologia & Sociedade* 22.1 (2010): 112-120.
- Guimarães, Jacileide e Saeki, Toyoko. “Janelas do Santa Tereza: estudo do processo de reabilitação psicossocial do Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto (SP)”. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos* 8.2 (2001):357-74.
- Lazari, Rafael G. F. “Histórias da Loucura: Percursos da Atenção Psicossocial no Hospital Psiquiátrico de Jurujuba”. Dissertação de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2018.
- Lobosque, Ana Marta. *Experiências da loucura*. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.

- Luzio, Cristina Amélia e L'abbate, Solange. “A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas”, *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* 10.20 (2006): 281-98.
- Maftum, Mariluci A. “O ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica no Paraná”. Tese de Doutorado em Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.
- Maftum, Mariluci A. e outros. “Mudanças ocorridas na prática profissional na área da saúde mental frente à reforma psiquiátrica brasileira na visão da equipe de enfermagem”. *Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental* 9.2 (2017): 309-314.
- Nunes, Monica de O. e outros, “Reforma e contrarreforma psiquiátrica: análise de uma crise sociopolítica e sanitária a nível nacional e regional”. *Ciência e saúde coletiva* 24.12 (2019): 4489-98.
- Palladini, Paulo Cezar N. “Dois anos e meio de Lar Abrigado no Juqueri”. *Arquivos de Saúde Mental do Estado de São Paulo* 46 (1986-87): 62-66.
- Paulin, Luiz Fernando e Turato, Egberto R. “Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 11.2 (2004): 241-58.
- Pitta, Ana. *Hospital: Dor e Morte como Ofício*. São Paulo: Hucitec, 1999.
- Pombo, Riciele M. R. *A nova política de saúde mental em Uberlândia: entre o precipício e as paredes sem muros (1984/2006)*. Uberlândia: EDUFU, 2011.
- Rabelo, Ionara V. M. e Torres, Ana Raquel R. “Trabalhadores em saúde mental: relações entre práticas profissionais e bem-estar físico e psicológico”. *Psicologia: ciência e profissão* 25.4 (2005): 614-625.
- Resende, Heitor. “Política de saúde mental no Brasil”, *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Coord. Silvério A. Tundis y Nilson do Rosário Costa. Petrópolis: Vozes, 1992, 15-73.
- Ribeiro, Marcos de N. “Hospitalismo, sintoma da doença institucional: contribuições etnopsiquiátricas”. *Revista ABP-APAL* 8.4 (1986): 144-7.
- Rodríguez, Jorge J. (Ed.). *La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas*. Washington, D.C.: OPS, 2007.
- Salles, Mariana M. e Barros, Sônia. “Transformações na atenção em saúde mental e na vida cotidiana de usuários: do hospital psiquiátrico ao Centro de Atenção Psicossocial”. *Saúde em debate* 37.97 (2013): 324-335.
- Sousa, Patrícia F. e outros. “Paradigma Biomédico X Psicossocial: Onde são Ancoradas as Representações Sociais Acerca do Sofrimento Psíquico?”. *Trends in Psychology* 26.2 (2008): 883-895.
- Tenório, Fernando. “A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 9.1 (2002): 25-59.
- Tonini, Nelsi S. e outros. “Reorganização dos serviços: desafios para efetivação da Reforma Psiquiátrica”. *Revista Gaúcha de Enfermagem* 29.2 (2008): 262-8.

- Venturini, Ernesto. “Prefácio à primeira edição”. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. coord., Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1998, 13-16.
- Wadi, Yonissa M. (Coord.). *Instituições de Assistência Psiquiátrica do Estado do Paraná: Inventário*. Guarapuava – Cascavel: Ed. UNICENTRO; EDU-NIOESTE, 2012.
- Wadi, Yonissa M. “Uma história da loucura no tempo presente: os caminhos da assistência e da reforma psiquiátrica no Estado do Paraná”. *Tempo e Argumento*, 1.1 (2009): 68-98.
- Wadi, Yonissa M. e Carvalho S., Jakeline. “Derrumbe e reconstrucción de una esperanza terapêutica. El Hospital Colonia Aduato Botelho em Paraná, 1854-1995”. *De manicômios a instituições psiquiátricas. Experiencias en Iberoamérica, siglos XIX y XX*. Coords. Ríos Molina, Andrés e Rupertuz Honorato, Mariano. Ciudad de México; Madrid: UNAM; Sílex, 2022, 581-640.
- Wadi, Yonissa M. e outros. “Filantropia, privatização e reforma: cenários da assistência psiquiátrica no estado do Paraná”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 22.4 (2015): 1353-1371.
- Zgiet, Jamila. “Reforma psiquiátrica e os trabalhadores da saúde mental – a quem interessa mudar?”. *Saúde em Debate* 37.97 (2013): 313-323.