



O Hospital-Dia e os Espaços de Convivência como Interfaces da Assistência em Psiquiatria

Introdução

Com o questionamento das práticas de reclusão, abriram-se várias possibilidades terapêuticas no campo da assistência em saúde mental, ao mesmo tempo que a sociedade foi convocada a repensar o lugar historicamente reservado ao doente mental. Os Centros de Atividades Psicossociais (Caps) e os Hospitais-Dia (HDs) são modalidades assistenciais que intermedeiam esta mudança, oferecendo suporte para que os sujeitos psicóticos possam criar e restabelecer vínculos que possibilitem a manutenção de sua vida fora da internação.

O Rio de Janeiro, apesar de sediar os primeiros movimentos de trabalhadores em saúde mental e de ter longa história de denúncias contra as práticas de violência nos hospícios, é, também, o único estado onde o Ministério da Saúde/DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental) possuía hospitais psiquiátricos e colônia, constata-se, assim, um atraso em relação à reforma. Os Caps, que representaram importantes ações do projeto político de saúde mental de São Paulo no governo Montoro, surgiram somente mais tarde no Rio de Janeiro, como iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde, acompanhando outras prefeituras, como a de Angra dos Reis (RJ) – que, com a renovação política petista, criou um excelente sistema de saúde. Temos, no momento, várias experiências de implantação de Caps. Uns, fora das unidades de assistência psiquiátrica hospitalares, outros, anexos a estas unidades.

O serviço que vamos focar é uma das interfaces (Ferreira, 1993) da assistência da Unidade Docente Assistencial de Psicologia e Psiquiatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto da UERJ (UDAPP/HUPE/UERJ). Funciona em uma vila de casas anexa ao complexo hospitalar

Ademir Pacelli Ferreira*

Resumo

A prática do Hospital-Dia (HD) ou do chamado Núcleo de Reabilitação Psicossocial (Caps, Naps), é aqui analisada, partindo-se do HD/HUPE para sua inserção na história do movimento antimanicomial ou Movimento de Saúde Mental (MSM) e das políticas de reforma do sistema assistencial em psiquiatria no Brasil. Este movimento implica um questionamento amplo do lugar social da loucura e de ações políticas que visem à transformação da prática asilar dominante, através da desconstrução do manicômio. A Reforma é entendida, aqui, como abertura dos espaços de reclusão e o rompimento com o modelo vigente da internação automática e da assistência centrada no leito hospitalar. Desta forma, os espaços externos de atenção e cuidados ao sujeito portador de distúrbios mentais serão privilegiados em nossa análise, tendo como referência empírica a experiência do HD da Unidade de Psiquiatria do HUPE/UERJ.

Palavras-chave: Reforma; hospital-dia; cuidados; circulação subjetiva.

geral. Desde a década de 70, tem sido uma importante unidade de assistência e formação interdisciplinar. Com uma capacidade inicial para 30 internos (leitos), o serviço foi reduzido nos últimos anos a apenas 15 leitos, com a liberação de uma casa para as atividades oferecidas aos internos e frequentadores do ambulatório, e três casas oferecidas ao funcionamento do HD Ricardo Montalban.

*Professor Adjunto do Instituto de Psicologia/UERJ. Coordenador do Espaço de Atividades e Convivência Nise da Silveira do Serviço de Psiquiatria/HUPE/UERJ e da Residência em Psicologia do IP/HUPE/UERJ. E-mail: pacelli@uerj.br

** Os nomes que aparecem no texto são fictícios.

A partir de 1976, foi definida uma política de internação curta, quando esta é indicada, e a ênfase do tratamento voltou-se para o ambulatório. Procura-se oferecer a continuidade do tratamento ambulatorial para todos os internos que recebem alta. Na verdade, esta orientação exige uma mudança na visão da internação, em que o paciente deve ser acompanhado, através do estabelecimento de laços terapêuticos, de desenvolvimento das relações interpessoais, do uso do dispositivo grupal e do trabalho familiar e entre os familiares.

Tudo isto busca criar uma rede de sustentação subjetiva e interativa que possa garantir ao indivíduo melhores condições de sobrevivência e circulação social, até mesmo para dar continuidade ao seu atendimento ambulatorial. O mecanicismo da internação curta é fácil de ser adotado, mas, geralmente, é sustentado na crença da supressão rápida dos sintomas, através da utilização dos psicotrópicos e da eletroconvulsoterapia (ECT). Mas o índice de reinternação é muito alto, o que já havia levado Nise da Silveira (1982) a registrá-los e denunciá-los desde o início da década de 70. Até os dias de hoje, observamos pouca preocupação com o fato do paciente ser reinternado com frequência. No entanto, é um importante índice de avaliação da eficácia da assistência (Tenório, 2001). Para o psicótico, esse trabalho começa, geralmente, pela internação.

A internação é uma modalidade de intervenção que não foi bem integrada nas discussões da reforma psiquiátrica, já que o acento recaiu sobre a desmanicomização, mas, apesar da importante luta para romper com o sistema de internação automática, que se enraizou fortemente em nosso país, há situações e momentos em que a internação entra como exigência de limite, de lei, de lugar intermediário que garanta uma distância e uma mediação para o desatino do sujeito.

Entretanto, para que a internação seja uma forma de intervenção mais integral, visando à preparação para a vida externa e à facilitação do desenvolvimento de elos que garantam a continuidade do tratamento ambulatorial (consultas psiquiátricas, psicoterápicas, núcleos de convivência, Caps, HDs). Para tal, torna-se necessário um trabalho intensivo da equipe com o interno, com os familiares e com o meio externo.

A partir desta demanda, criamos o Espaço de Atividades e Convivência Nise da Silveira (EAC-NS), que procura mediar o espaço entre a internação e a vida externa. Mais tarde, surgiu o Hospital Dia (preferíamos CAPS da Vila, para alinhar com o chamado Campo da Atenção Psicossocial (Delgado et al., 1997)). No entanto, devido à tradição médica, foi mantida a designação HD, melhor aceita pelo *staff* psiquiátrico.

Interno e Externo: as interfaces de um serviço

A experiência de recepção dos pacientes psicóticos que saíam da internação e vinham frequentar o EAC-NS serviu para demonstrar a necessidade da criação de um outro espaço que desse continuidade ao processo terapêutico iniciado e oferecesse outras possibilidades para que os sujeitos pudessem continuar desenvolvendo suas capacidades e potencialidades. O EAC-NS propõe fortalecer o vínculo iniciado na internação e facilitar a saída, oferecendo ao sujeito um espaço de circulação entre a internação e a vida externa, entre a crise e a vida normal, entre a família e a sociedade.

Foi devido a esta demanda maior das psicoses graves e crônicas, que impedem o retorno do sujeito para outras possibilidades de atividades e de vida social, que se tornou necessária a criação do HD. Pensando nisso, o chefe da UDAP/HUPE, prof. Paulo Pavão, propôs a criação de um grupo de trabalho para a elaboração de um projeto em 1992. Foi então constituído o grupo, composto por uma psiquiatra, uma enfermeira, um professor de psicologia e duas assistentes sociais.

Depois de quatro meses de trabalho, no final de 1992, o projeto foi, então, apresentado ao colegiado da UDAP e aprovado. Com o apoio da Sub-Reitoria de Extensão (SR-3), que garantiu alguns contratos de técnicos e bolsas para estagiários de várias áreas, iniciaram-se as atividades do Hospital-Dia Ricardo Montalban (HD), nome que homenageou um dos frequentadores de nossa Unidade, que, durante sua vida de psicose, chamou nossa atenção para a necessidade desta modalidade de atenção. Desde a sua criação, o HD vem oferecendo uma assistência mais integral ao

paciente e colocou a Unidade Assistencial em maior conexão com outras instituições e iniciativas da rede assistencial do estado.

Entendemos a experiência do Hospital-Dia Ricardo Montalban da UDAPP do HUPE/UERJ como parte da construção de uma nova rede assistencial, baseada em uma ética da interlocução e ação social, em que o doente mental vai ganhando novas possibilidades de ação, linguagem, autonomia subjetiva, respeito e cidadania. Tudo isso favorece a criação de novos sentidos subjetivos e socioculturais em saúde mental. Concretamente, seu surgimento teve o objetivo de conectar o Unidade (UDAP/HUPE) com o movimento da reforma. Apesar de ser uma instituição de assistência e ensino que vem desempenhando importante papel na formação e assistência no Rio, a Unidade mantém um corpo docente bastante arraigado à tradição psiquiátrica, o que deixou a instituição – como unidade – fora das discussões da reforma e das lutas antimanicomiais, a não ser em manifestações contrárias ao projeto da Reforma. Desta forma, o HD teve, também, esta função de interlocutor com o movimento atual e com outras instituições participantes da rede.

As Modalidades de Cuidados Externos e o Movimento Antimanicomial

A luta antimanicomial, que podemos definir, com Labosque (1997, p.22), como “um movimento em prol da construção da cidadania, cujos militantes - técnicos ou usuários, loucos ou não – buscam fazer circular no tecido social as indagações e os impasses suscitados pelo convívio com a loucura” desdobrou-se no chamado projeto de reforma psiquiátrica brasileira e trouxe alento para os psiquiatrizados e profissionais da área, ao propor o sonho utópico da sociedade sem manicômio. As várias discussões, surgidas a partir da consciência de que o asilo psiquiátrico era violento, e que a loucura não podia ser aí confinada e reduzida ao esquecimento, foram ganhando espaço e passaram a circular junto com as lutas políticas contra as injustiças e a opressão em nosso país.

O termo antimanicomial criou mais impasse no campo psiquiátrico, já que *manicômio* ou casa de loucos é a própria instituição que deu origem

à psiquiatria, além de ser confundido com a própria prática. Sendo assim, antimanicomial é recebido como a contestação da própria psiquiatria. Por outro lado, o termo *Reforma (da saúde)*, que surgiu no Ministério da Saúde, como necessidade da racionalidade econômica, foi mais facilmente aceito. Apesar das controvérsias que possa conter o conceito de reforma (psiquiátrica), entendido como “recuperação do potencial terapêutico da psiquiatria clássica” (Rotelli apud Amarante, 1995), ouve uma acomodação em torno deste referencial como decisão política estratégica (Amarante, 1995). Espera-se que o seu alcance seja maior do que os tradicionais projetos reformistas.

Para articular as práticas externas de cuidados em saúde mental, partiremos de seu início e lembraremos o trabalho pioneiro de Nise da Silveira, que, do Rio de Janeiro, irradiou influências para todo o país. Podemos afirmar que a maioria das lideranças do MSM sofreu suas influências, direta ou indiretamente. Observamos que muitos trabalhos recentes sobre a história das práticas anti-asilares insistem em não fazer qualquer referência ao seu trabalho e à sua longa vida dedicada à assistência pública, o que entendemos como lamentável e empobrecedor do ponto de vista histórico – até mesmo uma “falta de cortesia com o passado” (Pelegrino apud Brasil, 2001).

Inscrevemos, também, Luis Cerqueira – um reformista convicto – que, com sua psiquiatria social e a defesa da Praxiterapia, da formação e da prática interdisciplinares, teve influência direta nas elaborações e práticas da Reforma, principalmente em São Paulo, onde acompanhou o início das ações.

Mas o rompimento de Nise da Silveira com a tradição asilar e biologista da psiquiatria há mais de 50 anos, trouxe uma nova abertura. Nise da Silveira foi precursora, em nosso país, de uma das experiências mais importantes de demonstração de uma outra forma de lidar com o doente mental, tanto na internação quanto na oferta de um espaço externo de referência para o psicótico. Depois das grandes rupturas psicóticas e das experiências de internação, o sujeito se depara com a estranheza de si e do mundo, sua subjetividade encontra-se em frangalhos e os laços sociais estão dilacerados (Silveira, 1982), não dispendo, assim, de condições

de circulação no espaço socioafetivo. Com a Casa das Palmeiras, ela antecipou ao que foi formulado mais tarde, criando uma referência para os posteriores Caps, Naps, HDs, CERSAMS. Desde 1956, a Casa das Palmeiras demonstra que é possível evitar a reinternação da maioria dos chamados psicóticos esquizofrênicos.

Nise partiu de uma formação humana profunda e crítica, depois de sua prisão e longo afastamento da psiquiatria nos anos getulistas, teve de retornar ao hospício em 1946 e confrontar-se com as práticas invasivas e a ordem asilar gerida pelo modelo médico organicista e mecanicista. Começou apostando na capacidade criativa dos internos e na reivindicação de que fossem tratados como seres humanos. Ao asilo, que com sua violência inerente ao lugar que ocupa de depositário da segregação, ao apagar o direito de existência do sujeito, Nise prova a todos nós que o louco é humano por demais, e, como todos nós, tem uma subjetividade e o direito de exercitar esta subjetividade ativa e reflexivamente no espaço social.

A Reforma e a construção do espaço cotidiano - HD DA UDAP/HUPE/UERJ

Entendemos a experiência da convivência e o trabalho do espaço cotidiano como sendo de grande importância para o psicótico. Esta dimensão tem sido bastante enfatizada por Lula Wanderlei em seu trabalho no Espaço Aberto ao Tempo (EAT) (Sampaio, 2001), no atual Instituto Municipal Nise da Silveira, que é um dos trabalhos mais criativos e conseqüentes de que temos conhecimento nos últimos anos, onde o paradigma estético transforma e enriquece a clínica. Posto isto, passaremos a descrever alguns aspectos da prática do nosso HD (Hospital Dia Ricardo Montalban), criado em 1993.

Localizado dentro do complexo hospitalar do HUPE/UERJ, o Hospital Dia Ricardo Montalban ocupa três casas da vila onde funciona a Unidade Docente Assistencial de Psiquiatria (Udap). Dispõe de uma equipe interdisciplinar contratada, um professor de psiquiatria, que oferece curso de psicopatologia, e outro de psicologia, responsável pela supervisão dos estagiários de psicologia. Estes professores referendam o projeto junto à universidade. Conta, ainda, com várias bolsas de extensão (Depext/

SR-3) alocadas em programas para estudantes de psicologia, serviço social, educação física e artes, além de residentes de enfermagem, serviço social e medicina. Seguindo a tradição dos Caps, sua modalidade de intervenção parte dos princípios da convivência diária entre os frequentadores e a equipe.

O ritmo de funcionamento é demarcado pela organização das atividades diárias, oficinas internas e externas, festas, refeições, reuniões, passeios e assembléias. As oficinas são coordenadas por pelo menos um técnico, além de contar com a participação dos estagiários. Há oficinas, como a de educação física, desenvolvidas em espaços fora da vila, geralmente no *campus* da Universidade. Esta oficina possui mais de 30 pacientes inscritos, tendo uma média de 15 frequentadores diários. A entrada se faz através de um contrato junto com a família, após avaliação diagnóstica criteriosa, em que se privilegia o diagnóstico de esquizofrenia. Seu funcionamento sofre muita descontinuidade devido a esta dependência dos contratos, já que, como unidade pública, exige que o acesso seja feito por concurso. Os contratos chamados precários não podem ser renovados *ad infinitum*.

Mas, como já assinalado, sua criação foi conectada ao movimento da Reforma, seja pela participação de técnicos e de frequentadores em atividades comuns ao movimento, seja pelos princípios que regem sua práxis. Ou seja, a articulação do tratamento com as questões da defesa da cidadania e do reconhecimento da subjetividade. Desta forma, o projeto encontra-se inserido nas lutas atuais do campo da saúde mental que exigem o reconhecimento da diferença do doente mental, a defesa de seus direitos e de sua circulação na sociedade.

Os Caps E HDs contrapõem a perspectiva da internação automática e afirmam o direito e a possibilidade do sujeito circular no espaço social. O manicômio marcou as representações sociais – o que nos leva a responder ,automaticamente, que 'lugar de louco é no hospício'. Portanto, é campo resistente às mudanças. Mas algo de novo surge, podemos falar hoje da *livre associação* dos doentes mentais, em 2001, tivemos aqui no Rio uma bela e surpreendente manifestação da luta antimanicomial, em que várias lideranças e organizações do psiquiatrizados falavam em nome próprio. Des-

crevemos sucintamente a trajetória de alguns freqüentadores de nosso HD, para ilustrar o esforço exigido nesta construção e, particularmente, a labuta da equipe para sustentar sua prática.

João habitava um hospício privado por nove anos seguidos. Na elaboração do nosso projeto, ele já começou a ser preparado para sair da clínica. Dispunha de apartamento, apoio de um tio e condições financeiras para se sustentar. Foi, assim, o inaugurador do HD. Sua adaptação não foi difícil; havia desenvolvido uma estratégia de vida dentro da clínica, sendo solícito, cooperativo e produtivo. Ajuda a cuidar do HD, é atencioso com os colegas e equipe. Seu equilíbrio só é ameaçado quando esta certa liderança é disputada. Neste momento de crise se torna mais fechado, quer que lhe pronunciem o seu nome diferenciador, dedica-se aos seus desenhos geométricos, onde compensa seu equilíbrio ameaçado pelas formas simétricas bem equilibradas e compostas de um inventário de substantivos e adjetivos positivos: amor, amizade, paz, felicidade etc. Ele encontrou um recurso para resgatar seu equilíbrio. Saindo da crise, participa dos eventos de saúde mental, programas do Club da Esquina, atividades científico-culturais etc.

Enfim, o HD tem conseguido sucesso neste empreendimento antimanicomial. S. vive sua vida no mundo da cidade, morando sozinho em seu apartamento, está conseguindo encontrar formas de aproveitar o que a sociedade lhe tem oferecido e nunca mais foi internado. Sabemos que se queixa, de maneira mais reservada, da falta de um amor, de uma namorada, se encanta com freqüência, sofre, falta coragem para se declarar, tem muito medo do 'não', como a maioria das pessoas.

Daniel já tem outra trajetória. Durante vinte anos foi internado, sistematicamente durante dois a três meses por ano, até mesmo em São Paulo. Quando veio para o HD, sua mãe ainda era viva. Estabeleciam uma relação tipo duplo vínculo, com muita rejeição e ambigüidade. Durante mais de um ano, ele nos procurava sistematicamente, implorando para que o internássemos, queixando-se do HD, dizendo que precisava ser cuidado por enfermeiras etc. Ouvíamos suas lamúrias e tentávamos, depois, mostrar-lhe que seria contra nossa proposta interná-lo, pois o que lhe tínhamos oferecido era justamente um lugar para que pudesse freqüentar para não precisar de internação. Isto não o conven-

cia e lá vinha ele repetir sua cantilena. Já faz tempo que deixou de fazer esta demanda. Durante um tempo, ele trocou o desejo da internação e do cuidado das enfermeiras pela solicitação de uma psicóloga ("eu preciso conversar com uma psicóloga").

Apesar de não responder muito às atividades oferecidas e relutar contra as regras, ele não falta. Seu humor sofre oscilação freqüente e, quando excitado, é muito inconveniente, não respeitando as mulheres da equipe. Claudicante, ele vai arranjando seu equilíbrio e adaptação, se está querendo comer uma comida diferente, vai até o restaurante no hospital e pede a alguém para pagar, apesar da repreensão nossa e da irmã, que trabalha no hospital. Se está chateado no HD, vem para a enfermaria procurar *uma psicóloga* para conversar ("Doutor, tem uma psicóloga para conversar comigo?"). Antes, ele queria ser cuidado pelas enfermeiras, agora ele prefere conversar com as psicólogas – uma mudança de ótica – do leito, da tutela, para a interlocução). Na verdade, circula pelos espaços do hospital. Gosta de ir à cantina para olhar as estudantes. Nestes sete anos, nunca mais foi internado.

Mas nem sempre conseguimos sucesso nesta empreitada. Um outro freqüentador que também inaugurou o HD, durante um tempo foi muito produtivo, chegando a ocupar um lugar privilegiado pela sua produção de telas, mas este lugar de proeminência passou a ser insuportável para ele, que passou a ser reivindicativo, opositor e agressivo com a equipe. Depois de ter agredido uma pessoa fisicamente, foi convidado a se retirar. Na verdade, além das dificuldades transferenciais e institucionais, ele se revelou um paranóico e em nossa experiência, desde a Casa das Palmeiras, torna-se muito difícil lidar com as manifestações maciças de oposição e agressividade do paranóico em regimes abertos.

As internações, também, nem sempre são evitadas. Alguns freqüentadores têm sido internados em momentos de crise. Às vezes, a potência destrutiva e da inércia é muito intensa e sentimos como se não pudéssemos fazer nada. Em outras, não conseguimos manter a ancoragem do sujeito devido aos problemas da equipe.

Rita tem sido o teste de realidade para a equipe do HD. Entrou sem uma avaliação criteriosa de seu diagnóstico. Trata-se de uma moça cujo destino é ocupar o lugar do exclu-

ído e sua mãe lembra-lhe sempre – “você não será aceita em nenhum lugar”. Ela não aceita a rejeição passivamente, provoca-a com sua violência e aí prova a palavra da mãe. A lei-limite é imposta através da internação forçada. Logo no início, brigava em casa com a mãe e ia para o HD, lá ela estava bem, mas sua mãe chegou com uma ambulância contratada para levá-la para a internação. Não aceitamos, ela só sairia depois de seu horário no HD. Em oito anos, já teve algumas internações; na última, ficou uns três meses. Voltou um pouco menos impulsiva. Mas, no ano passado, depois de algumas violências, foi estabelecido um limite de um mês sem frequentar o HD. Seus ataques foram contidos durante quase um ano, quando tivemos um estagiário que conseguia contê-la fisicamente e abordá-la pela palavra em vários momentos. Com a saída desse estagiário, a equipe ficou desfalcada de homens. Passado o mês, Rita retornou, não sem alguns momentos difíceis. Mas, com a ameaça do fechamento do HD, ela o defende veemente contra o hospício, que afirma ser opressor e violento.

As condições da psicose são muito surpreendentes e instigantes, desafiando-nos sempre. Recebemos, muitas vezes, clientes cujo estado desafia o saber técnico dos profissionais, ao não saberem, simplesmente, o que fazer com eles. Não falam, levam meia hora para dar uma resposta, mantêm uma postura física durante longo tempo e sem os mínimos cuidados higiênicos. Mas também é surpreendente quando conseguimos acompanhar as respostas que vão surgindo aos poucos. Vimos que o esquizofrênico é muito humano, e apesar de toda excentricidade, bizarria, estranheza e estereotípias, oferece respostas e produções que desfazem totalmente o rótulo de demência que o marcou e ainda marca. Porém, como diz Labosque (1997), interessa-nos acompanhar as diversas formas que o psicótico encontra, sozinho ou com nossa ajuda, para trilhar seu trajeto bizarro que lhe permita permanecer dentro, apesar de poder se sentir fora do mundo.

Limites e Perspectivas

Com a criação dos Caps, HDs, etc, busca-se uma prática substitutiva à internação e a segregação. Mas a Reforma psiquiátrica enfrenta

muitas dificuldades em sua contraposição ao modelo de internação. A primeira dificuldade advém da própria história de implantação do modelo do leito hospitalar em psiquiatria no Brasil, que ganhou força total com a política de privatização da assistência no governo militar. O gigante INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social), então instituído, garantiu a expansão rápida dos hospícios em todo o país. Mesmo com controle feito pelo Ministério da Saúde, chegamos aos nossos dias de reforma com mais de 80% da assistência nas mãos da iniciativa privada.

O agravante é que este sistema de funcionamento está calcado no modelo do leito hospitalar, não dispondo de equipe interdisciplinar e nem de atendimento ambulatorial, o que acarreta o aumento das reinternações (conectada nas emergências que encaminham os pacientes, temos aí a série completa do que Brody (1973) chamou de “*sistema de fabricação do psiquiatrizado*”. Como exemplo do que representa a política criada com o modelo da internação automática, em Betim (MG), quando a prefeita Maria do Carmo Lara assumiu a prefeitura em 1992, contabilizavam-se 400 internações por ano. Já no final de 1993, este número reduziu para 4 a 6 por ano (Lara, 2001).

Considerações Finais

Os HDs e CAPS são iniciativas importantes para testar outras formas de lidar com a loucura. Além de permitirem aos indivíduos psicóticos poderem circular no espaço urbano e familiar, rompendo com o circuito das longas internações e reinternações (Ferreira, 2000;2001), são importantes núcleos de experiências para a formação interdisciplinar, favorecendo o aprofundamento da reflexão sobre a função da psiquiatria e o lugar do louco na sociedade, reinscrevendo no imaginário social novas formas de lidar com os distúrbios mentais (Ferreira, 2000).

Há oito anos, o HD do HUPE/UERJ vem possibilitando a várias pessoas que mantinham suas vidas pautadas na repetição das internações longas, o encontro de outras possibilidades de lidar com o prazer e com o sofrimento. Seu funcionamento junto ao complexo hospitalar universitário (HUPE/UERJ) tem sido importante referên-

cia para contrapor aos estereótipos e discriminações em relação ao atendimento ao doente mental, enfatizando, ainda, a formação e a prática interdisciplinar em saúde. Como afirma Amarante (2000, p. 375), para transformar as práticas e instituições psiquiátricas, há que desconstruir a idéia de doença – paradigma naturalista – em torno da qual se legitima o isolamento, a medicalização, a tutela e a desqualificação do sujeito.

Referências Bibliográficas

- AMARANTE, Paulo. *Loucos pela vida*. Rio de Janeiro: Panorama/ENSP, 1995.
- _____. O Espaço sem tempo: os vazios do manicômio. In: MARTINS, A.; CARVALHO, M. (Org). *Novas Visões: fundamentando o espaço arquitetônico e urbano*. Rio de Janeiro, PROARQ-UFRJ/BOOKLINK, p.359-376, 2000
- BRASIL, Isidoro. Americano do. *Produção de dispositivo de formação para o psiquiatra clínico*. 2001. Tese (Doutorado em Saúde Pública – Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz).
- BRODY, E. *The Lost ones*. New York: University Express, 1973.
- DELGADO, Pedro Gabriel; LEAL, Erotildes Maria; VENÂNCIO, Ana Teresa. *O campo da atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: IFB/Te Corá, 1997.
- FERREIRA, Ademir Pacelli. *O migrante na rede do outro*. Rio de Janeiro: Te Corá, 1999.
- _____. Deslocamento, estranheza psicótica e acolhimento ao migrante. In: THIERS, S; THIERS, E. *A essência dos vínculos*. Rio de Janeiro: Altos da Glória, p. 33-47, 2001.
- _____. O espaço urbano, o familiar e a estranheza. In: MARTINS, A.; CARVALHO, M. (Org), *Novas visões: fundamentando o espaço arquitetônico e urbano*. Rio de Janeiro PROARQ-UFRJ/BOOKLINK, 259-269, 2000.
- LABOSQUE, Ana Maria. *Princípios para uma clínica antimanicomial*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- LARA, Maria do Carmo, Políticas públicas como desafio para os psicólogos. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS, 1. *Relatório do Conselho Nacional de Psicologia*, p.11-18, 2001.
- SAMPAIO, Terezinha de Jesus. *As reformas psiquiátricas, histórias de guerras e a contribuição do espaço aberto ao tempo*. 2001. Dissertação (Mestrado em Psicologia – Departamento de Psicologia, Universidade Federal Fluminense). Rio de Janeiro.
- SILVEIRA, Nise da. *Imagens do inconsciente*. Rio de Janeiro: Alhambra, 1982.
- _____. *O Mundo das imagens*. São Paulo: Ática, 1992.
- TENÓRIO, Fernando. *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

Abstract

Our purpose in this paper is to analyze both the ideology behind Psychosocial Rehabilitation Services and Day-Hospital thinking while inserted in the history of the Anti-manicomial or Mental Health Movement, as well as reform policies of the assistance system in Psychiatry in Brazil. This political movement involves serious reflections on issues related to the social place of madness and political actions to transform the predominant asylum practice, that is, the deconstruction of the asylum. The Reformation Project aims to promote actions to open reclusive spaces and thus break the automatic reclusion model (infirmary), based on assistance revolving around the hospital bed system. Therefore, our analysis will focus on external assistance services in mental health with empirical evidence from experience acquired in the Psychiatric Unit of the University Hospital HUPE/UERJ.

Keywords: reformation; day hospital; mental care; subjective circulation.

Data de Entrega: 20/03/02
Data de Aprovação: 06/06/02

