



Recebido em
15-05-2016

Aprovado em
28-03-2017

Como citar este artigo

Becher SG; Martini
JG; Bousfield ABS;
Coelho PDL.
[Centro Psiquiátrico
Eduardo Ribeiro:
Revisitando a História
e Compartilhando
Memórias]. Hist
enferm Rev eletrônica
[Internet]. 2017;8
(1):7-17.

Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro: Revisitando a História e Compartilhando Memórias

Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro: Revisando la Historia y Compartiendo Recuerdos

Eduardo Ribeiro Psychiatric Center: Revisiting History and Sharing Memories

Sandra Greice Becker^I, Jussara Gue Martini^{II}, Andréa Barbará da Silva Bousfield^{III}, Prisca Dara Lunieres Pêgas Coelho^{IV}

^I Universidade Federal do Amazonas, Escola de Enfermagem de Manaus, Manaus, AM, Brasil.

^{II} Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem, Florianópolis, SC, Brasil.

^{III} Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Psicologia Social, Florianópolis, SC, Brasil.

^{IV} Universidade Federal do Amazonas, Escola de Enfermagem de Manaus, Manaus, AM, Brasil. E-mail: prisca_pegas@hotmail.com.

RESUMO

Este estudo propõe identificar e registrar as memórias que integram as Representações Sociais dos Trabalhadores de um centro psiquiátrico na capital do Amazonas. Com abordagem qualitativa foram entrevistados 24 profissionais com tempo médio de 20 anos de trabalho na instituição. Os resultados foram analisados por meio da análise de conteúdo de Bardin e categorizados em dois períodos distintos na história da instituição. Primeiramente, período entre 1970-1980, quando os elementos marcantes das memórias sobre o cuidado destacam aspectos como medo, insegurança, precariedade estrutural e de recursos humanos, sendo o cuidado lembrado como (des)humano. E posteriormente, entre 1980-1990, quando os trabalhadores apontam memórias sobre um cuidado compartilhado, com inclusão de atividades laborais e reformas na estrutura física da instituição. Concluiu-se que visitar as memórias dos trabalhadores permitiu-nos pensar em novos tempos, buscando novos caminhos, onde ciência e cuidado se movimentam à medida que as certezas e imobilizações de conceitos sobre a crise, os agravos, os transtornos, e as doenças mentais se deslocam no olhar dos que buscam um viver saudável no cotidiano da vida.

Descritores: Enfermagem Psiquiátrica; Saúde Mental; Comportamento Social.

ABSTRACT

This study aims to identify and register the memories that are part of the Social Representations of Workers in a Psychiatric Hospital in Manaus, Brazil. The qualitative approach was adopted to interview 24 professionals with an average time of 20 years of work in the institution. The results were analyzed with Bardin method, the content was analyzed and categorized into two distinct periods in the history of the institution. First, the period between 1970-1980, when the salient features of the memories about the care highlight aspects such as fear, insecurity, structural instability and human resources, being careful remembered as (un) human. And later, between 1980-1990, when the workers point memories of a shared care, with the inclusion of labor activities and reforms in the physical structure of the institution. It was concluded that revisit the memories of workers allowed us to think in new ways, seeking new paths where science and care move the measure that certainties and fixed concepts of the crisis, diseases, disorders, and mental illness moving the eyes of those who seek a healthy life in everyday life.

Descriptors: Psychiatric Nursing; Mental Health; Social Behavior.

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo identificar y registrar los recuerdos que integran las representaciones sociales de los trabajadores de un centro psiquiátrico en la capital de Amazonas. Con abordaje cualitativo, fueron entrevistados 24 profesionales con un tiempo promedio de 20 años de trabajo en la institución. Los resultados se analizaron mediante análisis de contenido de Bardin y clasificados en dos períodos distintos en la historia de la institución. En primer lugar, el período comprendido entre 1970-1980, cuando entre las características marcantes de las memorias sobre el cuidado se destacan aspectos como miedo, precariedad estructural y de recursos humanos, siendo el cuidado recordado como (des)humana. Y posteriormente, entre 1980 a 1990, cuando los trabajadores apuntan recuerdos de un cuidado compartido, con la inclusión de las actividades laborales y reformas en la estructura física de la institución. Se concluye que revisar los recuerdos de los trabajadores nos permitió pensar en nuevos tiempos, buscando nuevos caminos donde la ciencia y el cuidado se mueven a la medida que las certezas e innovaciones de conceptos sobre la crisis, los agravios, los trastornos y enfermedades mentales se mueven en la mirada de los que buscan un vivir saludable en lo cotidiano de la vida.

Descriptores: Enfermería Psiquiátrica; Salud Mental; Conducta Social.

INTRODUÇÃO

A assistência Psiquiátrica remonta ao período antes de Cristo, quando a atenção à saúde física e psíquica do homem se apoiava em concepções de natureza mágica e intuitiva, constituindo, assim, atividade de sacerdotes e feiticeiros. Entretanto, no antigo Egito já existiam médicos cirurgiões que operavam o cérebro, e na antiga China, 30 séculos a.C., há registros de conhecimentos de farmacologia e farmacoterapia⁽¹⁾.

No entanto, a psiquiatria hospitalar, mais próxima do que conhecemos hoje, surgiu na Europa, no fim do primeiro milênio, com os primeiros asilos ou hospitais para doentes mentais. Os primeiros foram a Colônia de Geel, na Bélgica (850), e o Bethlem Royal Hospital, em Londres. Contudo, o objetivo de tratamento e cuidado degradaram-se de forma progressiva e os doentes mentais, os pobres e os abandonados pelas famílias eram recolhidos em hospícios, um misto de casas de assistência e reclusão. Na França, os doentes mentais eram enviados para os dois hospitais gerais existentes: Salpêtrière e Bicêtre, criados por Luís XIV em 1656⁽²⁾.

No Brasil, a primeira instituição destinada ao tratamento dos ditos alienados surgiu durante o segundo reinado (1841 – 1889), na capital imperial, hoje o Estado do Rio de Janeiro, onde foi reconhecida a atuação da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia da Corte, tanto nas articulações políticas que levaram ao decreto da fundação (1841), quanto na mobilização social em torno da construção do Hospício de Alienados Pedro II, inaugurado em 1852^(1,3).

No Amazonas, foi inaugurado na Província, aos 16 de maio de 1880, o primeiro hospital – Santa Casa de Misericórdia – destinado a atender/curar seus sócios e aos indigentes. Contudo, já na última década do Império, em 1888, a instituição abrigava os loucos, leprosos e tuberculosos existentes na cidade⁽⁴⁾. Em 1894, o Hospício Eduardo Ribeiro foi criado pela Lei n. 65, de 3 de outubro de 1894, à margem esquerda do Rio Negro, na foz do Igarapé da Cachoeira Grande. Era destinado ao tratamento de alienados, e permaneceu sob a administração da Santa Casa de Misericórdia, até sua definitiva organização⁽⁵⁾. A mesma lei, define que a equipe nomeada para trabalhar no hospício deveria ser integrada por um médico Clínico Geral, enfermeiros, irmãs de caridade, cozinheira, criados, e lavadeira⁽⁵⁾.

Em 1898, no dia 18 de fevereiro, o hospício Eduardo Ribeiro foi transferido para a Chácara Cruzeiro, na Rua Ramos Ferreira. Depois, em 1923, passou por nova mudança para o então chamado Asilo de Mendicidade, mudando de nome para Colônia de Alienados Eduardo Ribeiro, até que, em 1982, aos 22 de julho, foi publicada no Diário Oficial do Estado, sob o Decreto Governamental n. 6.472, a criação do Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro - CPER, situado na Avenida Constantino Nery n. 4.307, Chapada – Manaus/Amazonas. É cadastrado no Ministério da Saúde, no procedimento Tratamento em Hospital Psiquiátrico tipo B, código 63.001.40-3, do grupo de internação em Psiquiatria IV, código 63.100.04, referência para o atendimento ambulatorial, de urgência/emergência e de internação breve aos portadores de transtornos mentais do Estado do Amazonas e estados vizinhos⁽⁶⁾. Foi renomeado de Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro, quando na época era a instituição hospitalar de referência na Capital para emergências em Psiquiatria, pronto atendimento e internação breve. Dispondo de 20 leitos: 10 femininos e 10 masculinos⁽⁶⁾.

Cabe observar que, ainda hoje, em 2014, com o crescimento populacional e as mudanças nas demandas na área de atenção à saúde mental, o Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro permanece como a instituição de referência no Estado. Segundo informações da Secretaria do Estado de Saúde do Amazonas, a demanda de atendimento em Saúde Mental, no Estado em 2011 era de 406.689 pessoas portadoras de transtornos mentais graves e leves; 271.126 pessoas necessitando de tratamento devido ao uso prejudicial de álcool e outras drogas e, 677.815 pessoas necessitando de tratamento no campo da saúde mental⁽⁷⁾.

Vivenciando esta realidade e visando compreender esse contexto, buscamos, através das memórias dos Trabalhadores, que prestam cuidados diretos aos pacientes, (re)visitar a trajetória das práticas de cuidado em saúde mental nesse Centro Psiquiátrico. Desta forma, através da voz dos trabalhadores daquela que continua a ser a instituição de referência no tratamento e pronto-atendimento da especialidade não só na capital Manaus, como também no estado do Amazonas, pretendemos compreender a dinâmica do conjunto de relações e interações entre os trabalhadores e os internos no CPER.

A opção pelo estudo das memórias dos trabalhadores está vinculado à compreensão de que as memórias coletivas se apresentam de modo natural, ligadas ao processo de viver das pessoas. Diferentemente, a história, que seria outra opção de aproximação com o tema, expressa um pensamento artificial, obedecendo a esquemas mais rígidos. Pode-se dizer, então, que a memória existe no grupo e a história está fora dele, ou seja, a memória coletiva é ampla, diversificada, plural, já a histórica se apresenta monocórdica, única, invariável⁽⁸⁻⁹⁾.

Nesta perspectiva, o objetivo deste artigo é identificar e registrar as memórias de cuidado dos Trabalhadores em Saúde Mental do CPER. Abrange também as suas experiências emocionais relacionadas aos cuidados e as suas práticas de proteção da própria saúde durante os cuidados prestados.

MÉTODOS

O estudo caracterizou-se como abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso. A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares e se ocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificada. Em outras palavras, trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores, da cultura, das atitudes, das relações, das representações⁽¹⁰⁾. O estudo das relações, das representações, das opiniões e percepções da produção interpretativa humana, sobre como estabelecem seu modo de vida (produção, sentimentos e pensamentos) encontra no método qualitativo a guarida necessária para que o pesquisador possa adentrar neste universo complexo e ativo⁽¹⁰⁾.

Portanto, a abordagem qualitativa é traduzida por aquilo que não pode ser mensurável, levando-se em conta aspectos subjetivos tidos como relevantes, como as opiniões, comentários do público entrevistado, e suas particularidades, uma vez que estimula o entrevistado a pensar e a se expressar livremente sobre o assunto em questão.

Como campo do estudo elegeu-se o Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro em Manaus - CPER. Situa-se na Zona Centro Oeste da Cidade de Manaus, e atende os pacientes da capital e interior do Amazonas, além de todo o contingente de pacientes que são encaminhados de outros Estados da Amazônia Ocidental, incluindo-se, também, a região oeste do Pará. O Hospital é especializado em promover Saúde Mental, através do Programa de Saúde Mental e Tratamento das Doenças Mentais. Está subordinado diretamente à Superintendência Estadual da Saúde, criado através do Decreto Governamental nº 6.472, publicado no Diário Oficial do Estado em 22 de julho de 1982.

A instituição, campo do estudo, conta com um quadro de 267 servidores, sendo 61 de nível superior, 10 de formação técnica, 121 como auxiliares e 75 do grupo ocupacional na classificação elementar⁽⁶⁾. Participaram do estudo 24 trabalhadores, representando os diferentes grupos ocupacionais, variando o tempo de serviço entre 19 e 32 anos de vínculo com a instituição. O critério de inclusão no estudo foi o tempo médio de 20 anos de trabalho na instituição, considerando a intenção de entrevistar pessoas que viveram nos seus cotidianos de trabalho, diferentes momentos do contexto histórico e político da atenção à saúde mental no CPER.

Como método de obtenção dos dados da pesquisa, elegemos a entrevista semiestruturada como técnica para termos acesso às memórias dos trabalhadores do CPER e compreendermos suas atitudes, seus valores, ou seja, suas Representações Sociais. A entrevista semiestruturada combina perguntas fechadas e abertas, na qual o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada⁽¹⁰⁾. Esta técnica, quando bem conduzida, pode atingir um nível de profundidade e complexidade que não está disponível em outras abordagens investigativas⁽¹¹⁾.

A coleta de dados ocorreu, no primeiro semestre do ano de 2010, através de entrevistas com roteiro semiestruturado, realizadas nas dependências do próprio CPER, com duração entre 40 minutos a 2 horas e 47 minutos. O anonimato dos participantes foi mantido e as entrevistas identificadas por classificação numérica – E1 e, assim, sucessivamente, até E24.

Para análise dos dados, seguimos a proposta de Bardin⁽¹¹⁾, resultando em dois períodos temporais que correspondem aos diferentes momentos de cuidado no CPER, no contexto das memórias dos trabalhadores.

Esta pesquisa foi autorizada pela instituição, pela Secretaria da Saúde do Estado do Amazonas e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o Protocolo n. 315/2009. Em sua execução foram levadas em consideração as Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, estabelecidas na época pela Resolução nº 196/96, hoje atualizada pela de número 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os 24 trabalhadores selecionados manifestaram o aceite ao convite para participar do estudo, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os depoimentos dos trabalhadores permitiram o reconhecimento de memórias sobre modos de cuidar que foram organizadas em dois períodos. Um primeiro, classificado nas memórias dos trabalhadores como correspondendo à época em que iniciaram o trabalho na instituição, até mais ou menos o final da década de 1970, que nomeamos como *Era muita gente!*. No segundo momento, as memórias destacam uma experiência de Reforma das práticas de cuidado ocorrida em meados de 1980, com uma série de mudanças estruturais e institucionais.

Era muita gente!

Ao serem perguntados sobre *qual sua primeira lembrança sobre suas práticas profissionais no CPER*, os trabalhadores relataram experiências sobre os cuidados realizados com os pacientes, enfatizando suas vivências emocionais relacionadas a elas. Muitos deles lembraram que aceitaram o

trabalho no CPER com promessas de que seriam transferidos para outro serviço em breve ou com a ideia de ser só por um tempo. No entanto, para a maioria dos entrevistados, este tempo dura até hoje.

Suas memórias do início de suas atividades destacaram a grande quantidade de internos, como uma experiência que os impressionou, em muitos relatos, associados com as precárias condições de infraestrutura do local, como observado nas falas abaixo:

Quando tivemos contato com o Hospital aquilo parecia um campo de concentração. O começo! Em 79, quando entrei lá, aquilo não era um hospital, era um campo de concentração. Tinham 225 pacientes abandonados, internos de longa permanência, que eram os residentes. Eu nunca esqueci este número. O hospital era ainda totalmente fechado, com ala feminina e masculina. E tinha um pátio aberto. [...] O hospital, naquela altura, não tinha leito, não tinha cama. Era o leito chão. O paciente dormia no chão. E como aquela construção era antiga, era a casa do ER, um governador antigo daqui. E lá os esgotos são galerias toda grande de alvenaria de concreto, que uma paciente conseguia fugir pela galeria de esgoto. Ela fugia e fazia pneumonia por aspiração daquele material (E2).

Os melhorados e os que nunca tinham apresentado agressividade ficavam tudo junto [...] a 'S', como os irmãos que eram todos deficientes, ficavam tudo juntinho. Que tinha criança naquela época eles eram pequenos. A mãe de S faleceu, e S era bebê de colo quando a mãe entregou ela para essa freira [...] (E7).

O José da Silva [pavilhão] aonde é a entrada, era a cozinha. Ali as duas faziam comida [a freira e outra] Lá tinha fogão, tinha panela, tinha tudo lá. O [pavilhão] José da Silva tinha uma cozinha, uma mesa, tinha tudo essas coisas. Mexeram lá para levar os pacientes pra lá. Deixaram a cozinha do mesmo jeito, mas aí fizeram as enfermarias que eram os quartos delas lá (E24).

Os dados documentais sobre o período a que os trabalhadores fazem referência apontam que a localização da instituição era fora do espaço urbano, com muita mata ao redor e à frente, numa rua de chão batido, sem calçamento onde nem transporte público passava. A estrutura física do CPER era composta por dois pavilhões, um feminino e outro masculino, onde os internos tinham data para início do tratamento e tempo indeterminado para alta hospitalar. Os pacientes, nesta época, não eram classificados quanto ao quadro de saúde ou nível de agressividade, ficando juntos no pavilhão, separados apenas por sexo. Foi relatado, ainda, que existiam crianças com problemas neurológicos ou de retardo mental, que também residiam no local. Além destes pavilhões, tinha a área administrativa, de refeitório, consultório médico e moradia de irmãs de caridade e alunos internos, estudantes de medicina, que trocavam moradia por serviços no hospital.

No âmbito histórico nacional, a infraestrutura dos hospitais Psiquiátricos Brasileiros, nos anos de 1940, registrava 24 mil leitos no país, dos quais 21 mil eram públicos e 3 mil privados. Já em 1964, após o golpe militar, o setor da saúde viveu o mais radical processo de privatização do mundo. A psiquiatria foi a área mais explorada e preferida pelas empresas privadas, porque a falta de direitos dos usuários, somada à baixa exigência de qualidade no setor, facilitava a construção ou transformação de velhos galpões em enfermarias. A indústria da loucura, como ficou conhecida, fez o número de leitos hospitalares privados crescer de 3 mil para quase 56 mil, ao mesmo tempo que os investimentos no setor público diminuíram⁽¹⁾.

Sobre essa fase vivenciada pela Psiquiatria Brasileira, em Manaus, alguns sujeitos trouxeram a lembrança de uma clínica privada de Psiquiatria, na capital Manaus, na qual um ex-diretor do Hospital Psiquiátrico, segundo as memórias dos trabalhadores, foi sócio.

[O Diretor] era um alagoano que morava aqui e que também arrendava uma clínica privada, que chamava Eugene Mikowski, em frente à entrada da UFAM (Universidade Federal do Amazonas)[...] e aí foi feito um dossiê, incontestável, com depoimentos de trabalhadores [...] e ele saiu [da direção do CPER] e teve que pagar multa para o Estado. E foi embora daqui porque ele ficou muito mal depois disso (E2).

A infraestrutura da época e a organização do cuidado oferecido no CPER, segundo as memórias dos trabalhadores na década de 1970, mobilizaram os trabalhadores em movimentos que conduziram a entrada, em um segundo momento, da primeira grande reforma Psiquiátrica no Amazonas.

No âmbito das políticas governamentais nacionais de saúde, o contexto da década de 1960 foi marcado pela unificação dos institutos de aposentadorias e pensões, que se tornaram o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Por intermédio da Previdência Social, o Estado passou a optar pela compra de serviços psiquiátricos do setor privado hospitalar, ao invés de investir na precária situação da rede pública. A doença mental tornou-se objeto de lucro, o que fez com que um conhecido médico da época cunhasse a expressão *indústria da loucura* para designar este tipo de mercado promissor⁽¹⁾.

Na prática, isto significou um expressivo aumento do número de leitos hospitalares e, consequentemente, de internações em hospitais psiquiátricos. No final da década de 1970, a Previdência Social chegou a destinar 97% do total dos recursos da assistência psiquiátrica somente para o pagamento das internações na rede hospitalar conveniada e contratada⁽¹⁾. A superlotação do hospital gerada pela alta demanda por internações, aliada a escassez de profissionais da saúde na região, pode ser observado na fala do trabalhador.

Muita gente! Eu cheguei a pegar duzentos e vinte pacientes aqui, só homem. [...] Olha, os cuidados médicos era quase nenhum, porque médico vinha uma vez por mês. Às vezes ficava repetindo a medicação, e eu, por minha conta, ia observando quando a medicação já não fazia mais aquele efeito eu parava de dar, esperava como ele reagia e noventa por cento deles melhoravam sem a medicação que eu dava, melhoravam (E18).

Os trabalhadores, segundo as memórias dos entrevistados, eram contratados para trabalhar na instituição por indicação; não havia concursos públicos na época, enquanto na especialidade médica, eram um clínico geral e estudantes de medicina que atuavam. No mesmo período, a equipe de Enfermagem era coordenada e chefiada pelo Auxiliar de Enfermagem. Essa equipe, na sua maioria, era composta por práticos de saúde, como expresso nos depoimentos a seguir:

Olha, aqui era comandado, vamos supor, por uma auxiliar de enfermagem. Quando eu cheguei, porque eu fui a primeira enfermeira de campo [1981], porque tinha enfermeira aqui administradora, mas não entravam nos pavilhões, não supervisionavam a assistência, era só mandando, não fazendo, mas não supervisionavam nada só ficavam na sua saleta (E18).

Nessa época, o hospital tinha poucos funcionários né? Então assim, não tinha uma equipe formada. Tinha uma enfermeira [...], tinha duas técnicas de enfermagem e o resto tudo era atendente de enfermagem, não eram nem auxiliares, eram atendentes de enfermagem. O médico passava de vez em quando para ver os pacientes, prescrevia medicação. Não ficava direto como é hoje (E12).

Essa equipe era pequena, comparada à quantidade de pacientes a prestar cuidados e assistência que eram caracterizados como predominantemente de vigilância. A primeira enfermeira de campo, com nível superior, segundo as memórias dos trabalhadores, ingressou na instituição em 1981, completando em 2010, 29 anos de trabalho no CPER. Do total do quadro de trabalhadores do CPER, a Enfermagem constitui-se no maior grupo de trabalho e também com mais tempo de serviço na instituição⁽⁶⁾.

Quanto à formação da equipe de enfermagem amazonense, a primeira instituição de ensino de enfermagem em Manaus, a Escola de Enfermagem de Manaus, foi criada em 02/12/49 e regulamentada em 14/12/1951, com o curso de Auxiliar de Enfermagem. A Escola de Enfermagem de Manaus (EEM), naquela época, estava subordinada às políticas da Fundação Serviço de Saúde Pública – SESP de Saúde, sendo o Hospital Santa Casa de Misericórdia de Manaus seu primeiro campo prático. Nos anos de 1993-1994, sob a direção da Enfermeira Josephina de Mello, que se iniciou o processo de transferência da EEM do âmbito do Ministério da Saúde para o Ministério da Educação, o que de fato só aconteceu no ano de 1997, sob a direção da Enfermeira Iracema da Silva Nogueira⁽¹²⁾.

A EEM formou a primeira turma de enfermeiras pelo curso regular de 36 meses ou 1.099 dias, no ano de 1955. Dos 15 candidatos inscritos no processo seletivo, 8 foram aprovados e, apenas 5 mulheres concluíram o curso⁽¹²⁾. Vale destacar que, no Brasil, o ensino da Enfermagem iniciou-se oficialmente em 1890, com o objetivo de preparar enfermeiros e enfermeiras para trabalharem nos hospícios e hospitais civis e militares, nos moldes da escola existente em Salpêtrière, na França⁽¹³⁾.

No contexto do Amazonas, o cenário contava com poucos profissionais e um crescente número de internos no CPER, o que favorecia o cuidado, prioritariamente, focado na vigilância e higiene, em conformidade com o contexto histórico-cultural e sob sua influência. Dos procedimentos, o uso de medicamentos que faziam dormir por três dias, as contensões e o tratamento por eletrochoque (ECT) também foram citados, como memória.

Aqui teve eletrochoque também. A primeira vez que eu assisti um eletrochoque eu fiquei três dias doente em casa. [...]daí me chamaram[os médicos]. Pelo amor de Deus! Eu não queria ir. Mas eu estava trabalhando. Fui lá. Colocou aquele choque na paciente (E12).

Não tinha nenhuma cama, era cela de prisão: os pacientes no chão, defecando, urinando e dormindo dia e noite. Era uma coisa de louco! Os pacientes raspavam a cabeça todos, a roupa era igual pra todos. Era um saco com três buracos, vestido. Era um campo de concentração! (E2).

Eu me lembro que, quando eu cheguei aqui em 81, a questão de higiene era precária. Não só os pacientes, mas como do próprio ambiente. Eu lembro que, quando a gente chegava, a gente entrava ali na porta principal e saía pulando por cima das fezes até chegar na enfermagem né? Isso seis e meia da manhã. E a higiene do paciente era feita mais ou menos assim: a gente juntava todos os pacientes, porque hoje o hospital está uma beleza, mas em 81, uma enfermaria dessas aqui, que hoje é o SPA [Serviço de Pronto Atendimento] ele tinha uma faixa de 140 pacientes internados aqui dentro num espaço onde cabia quarenta. Ai nós botávamos todos lá fora, ia só um grupo, nós da enfermagem levávamos roupa, tinha umas torneiras altas, uns canos. Você abria e eles ficavam tomando banho ali e a gente passando sabão, vendo piolho, vendo corte, o que tinha de diferente no paciente que precisava limpar. Isso tomava um tempo enorme, porque não era uma questão de você trabalhar com 30 pacientes, era banho para 140 pacientes. Quando terminava aquele banho, outra questão da higiene também, que às vezes a gente identificava: escabiose, piolho, cortes que eles se produziam em um e outro paciente, a gente juntava também quem é que tava com piolho e fazia aquele mutirão do piolho. Ai tinha os com bicho-do-pé, aí juntava e ia todo mundo lá pra fora. Então, a higiene naquela época, era um negócio assim, muito complicado. O que você vê hoje, nos nossos pacientes, eles já não têm as mesmas características que tinham há 28 anos atrás (E17).

O cuidado mesmo pode se dizer que não tinha. Tinha vigilância, aquela questão de dar de comer, de dar remédio, mas você não conversava com o paciente, você não olhava ele como ser humano, você olhava ele como maluco, que hoje não se fala mais, mas era só vigilância pura, não tinha afeto nenhum (E7).

Neste primeiro momento, trazidos pelas memórias dos trabalhadores, os cuidados de enfermagem tomavam um tempo muito diferente de como é hoje. Além de serem muitos pacientes, as condições de higiene eram mais precárias, tanto físicas como do próprio ambiente de trabalho. As medicações ainda eram restritas à efeitos sedativos, o que não impedia de acontecerem agressões, demandando atenção a ferimentos e curativos. Outra questão trazida pela superlotação foram as doenças transmissíveis, especialmente as parasitárias como escabiose e pediculose. Os tratamentos eram demorados e por vezes ineficazes, exigindo grande tempo e esforço da Enfermagem. A enfermagem também era auxiliar nas terapêuticas com choques insulínico e cardiazólico, a eletroconvulsoterapia (ECT), lobotomias que foram introduzidas na Psiquiatria na década de 1930, sinalizando perspectivas de cura das doenças mentais^(1,14-15).

Contudo, nas memórias dos trabalhadores do CPER, a prática do eletrochoque, parece ter sido por pouco tempo e sua execução restrita aos médicos. Diferentemente de outras instituições como encontrado no estudo histórico realizado no Hospital Colônia Sant'Ana, em Santa Catarina, que discute as terapias utilizadas nessa instituição, nos anos de 1941-1960, onde o profissional médico se manifesta relatando sua utilização até 2011, argumentando seus benefícios principalmente nos pacientes depressivos e seu uso no mundo inteiro. O mesmo estudo relata que a enfermagem era quem aplicava e o médico prescrevia, diferente do relato dos trabalhadores do CPER onde a enfermagem apenas auxiliava no procedimento médico⁽¹⁴⁾.

Do aqui exposto, podemos desenhar e compreender a Representação Social do cuidado neste hospital psiquiátrico. O sistema de valores de seus trabalhadores, frente a um processo político institucionalizado e voltado, muitas vezes, para interesses políticos, ditou a ordem de orientação de cuidado neste mundo material e social. A comunicação possível entre eles criou seu próprio código

de cuidado: vigilância através de contensões, de eletrochoque e de medicamentos. Mundo material - CPER, mundo individual - trabalhadores, e mundo social deram sentido ao processo de cuidar vivido: somos poucos e eles, os pacientes, são inúmeros. A instituição é precária e a demanda imensa.

A Primeira Reforma!

O segundo momento, presente nas memórias dos trabalhadores do CPER, foi denominado de *A Primeira Reforma* devido às grandes mudanças, tanto na infraestrutura, quanto na equipe de tratamento e cuidados, ocorridas no final dos anos 1970 e início dos anos de 1980.

A S cresceu lá no José da Silva, mas o José da Silva [pavilhão] era uma casa. Aí depois que começaram a mexer no José da Silva para botar os inofensivos pra lá. Isso foi em 78/80 [...] porque era muito fedor, não tinha quem aguentasse (E24).

No final da década de 1970, houve mudanças também na ordem estrutural da instituição. Segundo as memórias dos trabalhadores, um gestor marcou a administração do Hospital por reorganizar seu espaço físico. Nesse período, com a construção de novos pavilhões, iniciou-se a separação dos pacientes, que anteriormente era somente por gênero masculino e feminino, e passaram a ser separados também, em pacientes agudos dos crônicos. Os atendimentos de emergência e posteriormente o serviço de ambulatório também passaram a ocorrer em ambientes diferentes. Criaram-se os pavilhões José da Silva, Alberto Lacerda, Maria Damasceno e Raimunda Belém. Reestruturou-se o serviço de pronto atendimento, com consultas médicas e atendimentos de equipe, sendo o paciente encaminhado para os pavilhões, nos casos de internação. Posteriormente, no final desse período, deu-se a construção do ambulatório Rosa Blaya. Com a construção do ambulatório, o pronto atendimento sofreu novo arranjo, assumindo um caráter também de emergência, além de pronto atendimento.

[...] nós criamos o serviço de emergência, porque não tinha, o paciente vinha e já ia direto para internação (E2).

Eu entrei aqui com 18 anos... depois construíram os pavilhões lá atrás. Tanto mudou como melhorou. As alas ficaram mais... pelo menos foi separado os agudos dos crônicos, e os agressivos dos pacíficos [...] melhorou bastante pelo menos a agressividade diminuiu, porque era briga demais (E24).

Com a ampliação da infraestrutura houve a necessidade de novos trabalhadores e, pela primeira vez, deu-se a constituição da equipe com novos especialistas como enfermeiras, médicos psiquiatras, psicólogos, sanitaristas que, começaram a denunciar as condições precárias e desumanas da assistência e as improbidades administrativas.

No campo político, segundo as memórias dos trabalhadores, neste período, criou-se a Coordenação Estadual de Saúde Mental, da qual o Dr. Silvério Tundis foi o primeiro coordenador. Segundo as memórias relatadas, ainda faziam parte dessa primeira equipe a Dra. Maria de Nazaré Costa da Silva e a Dra. Etelvina Braga. A extensão das ações dessa equipe teve alcance descentralizado nos municípios de Itacoatiara e Manacapuru, já nos anos de 1980.

Nesse momento e mobilizados por essa equipe, introduziram-se as terapias psicológicas, aumento dos atendimentos de ambulatório agregando atendimentos pelo serviço social e também atendimento extensivo às famílias e aos familiares. Os depoimentos dos trabalhadores destacaram a *terapia ocupacional ou pavilhão aberto*, sendo proposta uma horta cuja produção era vendida na feira livre da cidade, com renda revertida aos internos, chegando à produção de uma tonelada ao mês.

[...] sobre a direção do [...] ele fazia um serviço muito bonito com os pacientes no [pavilhão] José da Silva, plantava verdura, vendia... (E24).

E aí o hospital vai caminhar. Se muda, se abrem dois pavilhões, mais abertos, daí os pacientes já vão para um sistema mais aberto. Já se introduz terapia ocupacional no hospital. O projeto terapêutico de terapia ocupacional que era trabalho agrícola, porque eram muitos pacientes do interior. Nós tínhamos uma horta que produzia verduras. [...] E, os nossos pacientes tinham uma banca na feira. Coisa linda! A pena que dá, é que esse foi um processo que gradativamente o grupo foi se desfalecendo e foi terminando (E2).

Dentre as pessoas que marcaram as memórias dos entrevistados neste período estão o Dr. Rogélio Casado, pela organização do trabalho na horta, a Dra Ana Maria Coelho Marques, pela gestão da instituição e projetos associados, o Dr. Silvério Tundis e o também ex Diretor, Laerte Maués, a Psicóloga Silma Xavier e, na enfermagem, as enfermeiras Sandra Helena e Pena Branca, pelo trabalho.

Parte da equipe de trabalho do CPER ingressou no hospital entre 1978 e 1981, quando houve uma chamada para contratação na instituição. Alguns desses profissionais tiveram suas formações ou especializações realizadas fora do Estado, em grandes centros, onde foram influenciados pelos movimentos nacionais, fossem políticos ou da clínica psiquiátrica, tornando-se lideranças no Estado do Amazonas.

Nesse período, com a fundação dos pavilhões e a ampliação da estrutura física do CPER, foi vivenciada pelos trabalhadores uma mescla da terapia moral e de vigilância ao passo que a terapia medicamentosa também ganhou espaço com o advento de novos medicamentos, o que, na memória dos trabalhadores, proporcionou uma vivência de intensa reforma.

[...]A gente levava eles pro pátio. Levava o hamper com roupa limpa, aí botava elas pra tomar banho e aí trocava a roupa lá fora. Aí de tarde, depois do lanche, [...]a lavanderia lavava roupa direto. Tinha sala de costura, a roupa era feita aqui. [...] a medicação era administrada pelo mapa. Era tipo um livro assim, aí tinha o nome dos pacientes, o nome da medicação com os horários (E24).

[...] a doutora ali está querendo me pegar para me dar um sossega leão [associação de medicações injetáveis], e eu [paciente] não vou deixar que ela faça isso comigo. Mas porque ela quer dar um sossega leão em ti? [gestor] Porque eu saí, queria ver a minha família, que eu já estava querendo ver a minha mãe (E2).

Quando foi inaugurado o Pronto Atendimento Humberto Mendonça, já aí sim já tinha uma equipe de médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, os funcionários já receberam treinamento [...] era um cuidado bem mais humanizado e bem mais técnico também (E7).

O castigo aplicado aos pacientes que transgrediam as normas e regras hospitalares e terapêuticas se valia do uso de um coquetel medicamentoso sem a finalidade de tratamento. Em contexto nacional, o tratamento farmacológico surge na década de 1950, onde os primeiros fármacos a serem sintetizados foram: a clorpromazina, conhecida como amplitil, levomepromazina – neozine e o haloperidol-haldol, dentre outros, com a finalidade de tratar surtos psicóticos e depressões.

As medicações para uso quando necessário (ou SOS) são medicações prescritas que devem ser administradas de acordo com as necessidades do paciente, geralmente para combater sintomas específicos. A prescrição de SOS na psiquiatria é de medicamentos controlados, podendo ser utilizados também em vias parenterais, que suprimem sintomas cujos significados são importantes para o tratamento e reabilitação do sujeito do qual se está cuidando⁽¹⁶⁾. Entretanto, sua utilização era com finalidade punitiva.

Hoje, a evolução da indústria farmacêutica e a medicalização ganham um contexto mais abrangente e proporcionalmente mais perverso, com o uso intensivo de medicamentos, mesmo quando a mudança no estilo de vida poderia ser mais eficaz, usando a droga ou os fármacos não mais como castigo, mas encontrando neles resolutividade para cada desconforto⁽¹⁷⁾.

Novamente podemos constatar o dinamismo das Representações Sociais, pois o comportamento, a forma de cuidar de si, do outro e da instituição acompanhou as interações do mundo social e político, trazido para dentro do espaço institucional e dele exportado para extramuros, pelas relações das pessoas que cuidavam e administravam o CPER. Ação e comunicação estavam unidas pela linguagem, pela tradição e pela cultura regional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda que as memórias, por certo aspecto, possam trazer lembranças tristes, de experiências de cuidado difíceis, por outro, nos apontam estratégias utilizadas pelos trabalhadores para lidar com situações de intensa fragilidade. De tudo fica aos trabalhadores do CPER a possibilidade de uma reconexão com as suas potencialidades para superar os obstáculos e bem viver em um ambiente tido como um campo de concentração. É preciso encontrar o objetivo para estar ali e cuidar do outro.

E esses trabalhadores têm amor pelo que fazem, apesar do medo, das carências, da infraestrutura inadequada, da desumanização e desvalorização do cuidado e das inseguranças.

Ao conhecer as memórias sobre o cuidado dos trabalhadores do CPER, foi possível pensar na inter-relação destas com os serviços de saúde, as políticas públicas e a educação em saúde. A contextualização das memórias permitiu-nos olhar para o cuidado, considerando seu processo de desenvolvimento no estado do Amazonas, naquela que foi a instituição de referência em saúde mental para o Estado e a Capital.

Este recorte da pesquisa sobre o Cuidado em Saúde Mental, voltado para as memórias dos trabalhadores do CPER, apontou para a necessidade de compreensão do conceito de saúde-doença para além dos sinais e sintomas, pois assim o considerando, constatamos limitadas as possibilidades de um cuidado ampliado em saúde mental. Ampliado para além das reformas do hospital, para além da reforma da assistência psiquiátrica, para além da reforma meramente administrativa e organizacional, necessitando ser considerado na sua dimensão teórico-conceitual ou epistêmica, que é, talvez, a mais importante, embora paradoxalmente, seja a menos abordada, se não totalmente excluída, dos processos de formação no campo da saúde mental e reforma da assistência psiquiátrica.

Para finalizar, guardemos as devidas particularidades dos momentos de muita tristeza, mas também de muitos desejos e esperanças de melhoria na assistência à saúde mental, que os entrevistados deixaram transparecer em suas histórias e memórias. Contudo, em novos tempos, buscando novos caminhos, queremos nos encontrar com uma ciência e um cuidado que se movimentam à medida que as certezas e imobilizações de conceitos sobre as crises, os agravos, os transtornos e as doenças mentais se deslocam no olhar dos que buscam um viver saudável no cotidiano da vida. Aí encontramos pessoas que são únicas, sejam elas usuários, familiares ou profissionais da saúde, que requerem entre si, um olhar atento e respeitoso, na sua natureza, no seu contexto.

Fonte de Fomento

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas – FAPEAM, RH-PÓSGRAD Edital 008/2007.

REFERÊNCIAS

1. Amarante P. (Coordenador). Saúde Mental, políticas e instituições. História da psiquiatria e das políticas de saúde mental no Brasil. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EaD/FIOCRUZ; 2003.
2. Pessotti I. Os nomes da loucura. 34. ed. São Paulo: 34; 1999.
3. Pereira MAO. A reabilitação psicossocial no atendimento em saúde mental: estratégias em construção. Revista Latinoamericana de Enfermagem, Ribeirão Preto. 2007 jul-ago; 4(15):1-7.
4. Oda AMGR, Dalgarrondo P. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. História, Ciências, Saúde. Manguinhos. 2005 set.-dez; 12(3):983-1010.
5. Galvão MD, Nascimento IV, Cunha GS. História do internamento psiquiátrico na cidade de Manaus. Revista da Universidade do Amazonas. 1997/1998 jan.-dez; 6-7(1-2):61-9.
6. Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro. Relatório Anual. Exercício 2009. Centro Psiquiátrico Eduardo Ribeiro. 31 de dezembro de 2009.
7. Secretaria do Estado de Saúde do Amazonas - SUSAM. Demanda de atendimentos em Saúde Mental no Estado do Amazonas. [citado em 2011] Disponível em: <http://www.saude.am.gov.br/index.php?id=deman>.
8. Jodelet, D. Les representations sociales. Paris: PUF, 1989.
9. Naiff DGM, Naiff LAM. Halbwachs, Bartlett, Vigotsky: em busca de uma perspectiva psicossocial da memória. Ci. Huma e soc. Rev. Seropédica. 2010 jan-jun; 32(1):149-64.
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 12.ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2010.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. 5. ed. rev. atual. Lisboa: Edições 70; 2010.

12. Lopes ND, Silva MS. Os diretores da Escola de Enfermagem de Manaus (1949 a 2007). *Hist enferm Rev eletronica* [Online]. 2010 abr; 1(1):138-49. Disponível em: http://www.here.abennacional.org.br/here/n1vol1ano1_artigo8.pdf.
13. Galleguillos TGB, Oliveira MAC. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. *Revista Escola de Enfermagem – USP*. 2001 mar; 1(35):80-7.
14. Borenstein MS, Padilha MICS, Ribeiro AAA, Pereira VP, Ribas DL, Costa E. Terapias utilizadas no hospital Colônia Sant'ana: Berço da Psiquiatria Catarinense (1941-1960). In: Borenstein, MS, Padilha MI, (Organizadores). *Enfermagem em Santa Catarina: recortes de uma história (1900-2011)*. Florianópolis: Secco; 2011. p. 117-28.
15. Masiero AL. A lobotomia e a leucotomia nos manicômios brasileiros. *História, Ciência e Saúde. Manguinhos*. 2003 ago; 2(10):549-72.
16. Rocha EKS, Douat LCM. Administração de medicação de uso quando necessário e o cuidado de enfermagem psiquiátrica. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2014 Ago [citado 2016 Mar 10]; 67(4):563-67. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672014000400563&lng=pt.
17. Angell M. *Companhias farmacêuticas & médicos: Uma história de corrupção*. The New York Review of Books. [citado em: 15 de jan. 2009]. Disponível em: <http://www.nybooks.com/articles/22237>.