

De Belmont Ao Odilon Galotti: As Comunidades Terapêuticas No Brasil E A Resistência À Ditadura Militar

Manoel Olavo Loureiro Teixeira¹

RESUMO:

O trabalho discute as origens e fundamentos do modelo de funcionamento do hospital psiquiátrico proposto pelas comunidades terapêuticas e analisa as características que o movimento adquiriu durante as experiências realizadas no Brasil, nas décadas de 1960 e 1970. Nesse período, as comunidades terapêuticas tornaram-se um veículo de penetração do pensamento psicanalítico no interior dos hospitais psiquiátricos, e também locais de exercício radical de práticas democráticas de funcionamento, configurandose como espaços de resistência política à ditadura militar então vigente no país. A experiência da comunidade terapêutica da Seção Olavo Rocha do Hospital Odilon Gallotti, implantada no Centro Psiquiátrico Pedro II, no Rio de Janeiro, dirigida por Oswaldo dos Santos, é discutida em maiores detalhes, por suas características paradigmáticas e grande repercussão, inclusive na formação profissional das futuras gerações de profissionais do campo psiquiátrico.

PALAVRAS-CHAVE: comunidade terapêutica; psicanálise; psiquiatria; ditadura militar.

ABSTRACT: In this work I discuss the sources and principles of the therapeutic communities model and analyse the characteristics acquired by the movement between the 1960's and 1970's in Brazil. At this time, the therapeutic communities movement became a way to consolidate the psychoanalytic thought in the psychiatric hospital, which was transformed through the introduction of radical democratic practices. This turned some psychiatric hospitals into places of political resistance against the military dictatorship. The therapeutic community of the "Seção Olavo Rocha" of the "Hospital Odilon Galotti", in the "Centro Psiquiátrico Pedro II", in Rio de Janeiro, is analysed in detail due to its paradigmatic characteristics and strong influence in the training of future generations of psychiatric professionals.

KEY WORDS: therapeutic community; psychoanalysis; psychiatry; military dictatorship.

Para os objetivos deste trabalho, antes de iniciarmos a análise das comunidades terapêuticas no Brasil, definiremos as características deste modelo de funcionamento do hospital psiquiátrico, suas principais influências e o contexto histórico-social onde inicialmente foi proposto. A seguir, um panorama das experiências brasileiras nas décadas de 1960 e 1970 será traçado e o contexto histórico e assistencial do país será analisado. Dar-se-á destaque ao papel da psicanálise nas comunidades terapêuticas brasileiras, que funcionaram como um veículo de penetração e consolidação do pensamento psicanalítico nos hospitais psiquiátricos. Também serão discutidas as características peculiares da experiência brasileira, decorrentes do fato dela ter ocorrido durante o regime implantado com o golpe militar de 1964. Por último, a comunidade terapêutica da Seção Olavo Rocha do Hospital Odilon Galotti, no Centro Psiquiátrico Pedro II, será analisada, tendo em vista seu papel paradigmático como espaço de transformação institucional e de resistência política à ditadura militar.

1 Psiquiatra; doutor em psiquiatria pelo Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB/UFRJ); psiquiatra do IPUB/UFRJ; pesquisador adjunto do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC) /Fundação Oswaldo Cruz,(FIOCRUZ).

Comunidade terapêutica: contexto de aparição, influências e primeiras experiências

O movimento das comunidades terapêuticas surgiu na Europa após o final da Segunda Guerra Mundial, como uma reação ao modelo tradicional do asilo psiquiátrico. Fundamentava-se na ideia de humanização do tratamento dos doentes mentais. Há algum tempo, experiências embrionárias apontavam uma nova direção: a psiquiatria deveria reabilitar seus doentes, não condená-los ao isolamento em hospícios; as relações entre técnicos e doentes deveriam ser democratizadas; o tipo de contato entre pacientes e equipe de cuidado deveria ser reformulado. O hospital psiquiátrico, enfim, deveria ser transformado num lugar de tratamento eficaz e verdadeiro.

Em que condições apareceu essa reorientação do atendimento psiquiátrico? Surgiu, basicamente, num continente europeu arrasado pela guerra, com a economia devastada, privado de boa parte de sua mão de obra e marcado pelo extermínio de milhões de pessoas pela violência e pela fome. Desse extermínio, não escapariam os doentes mentais. Foi comum seu simples abandono nos hospícios durante os anos da guerra, onde morreriam em massa. Na França, por exemplo, mais de quarenta mil doentes morreram, vítimas das precariedades e do abandono (Costa & Birman 1994). A Europa do pós-guerra estava empenhada em sua reconstrução política. O modelo de organização que emergiu nessa reconstrução privilegiou o Estado como provedor das condições de vida e saúde dos indivíduos. Nesse contexto, surge um novo olhar em relação aos doentes mentais.

Redescobriu-se o horror do hospício, que passou a ser encarado como um lugar de morte e inatividade. O negativismo e o isolamento social dos esquizofrênicos passaram a ser entendidos como resultantes do tratamento patogênico imposto e não mais como uma evolução inevitável da doença. A solução estaria na transformação asilar, através da reorganização do seu funcionamento. Novas perspectivas promissoras haviam surgido: havia a introdução dos medicamentos neurolépticos, com o início do uso da clorpromazina em 1952 e seus efeitos na melhora da sintomatologia psicótica; havia o avanço da compreensão psicodinâmica da doença mental, derivada da abordagem psicanalítica; havia as contribuições de Bion na compreensão dos fenômenos grupais; e havia um redespertar do interesse de cientistas sociais, antropólogos e sociólogos, em relação à loucura e aos hospitais psiquiátricos.

A psicanálise, principal fonte de saber disponível sobre a intersubjetividade, ganhou importância decisiva no processo de remodelação asilar que se avizinhava. O discurso psicanalítico foi tomado como o grande tradutor das relações institucionais e como veículo para a reorganização das normas de sociabilidade dos hospitais psiquiátricos. Ademais, durante a Segunda Guerra Mundial, técnicas de abordagem grupais de psicanálise haviam obtido grande divulgação, usadas no atendimento de soldados e ex-combatentes.

Desenvolve-se o conceito de tratamento psiquiátrico de orientação psicodinâmica, a quem caberia não apenas abordar a doença do paciente, mas sim reforçar as partes sadias de sua personalidade. Um novo arcabouço conceitual reuniu contribuições da psicanalista inglesa Melanie Klein sobre modalidades mais primitivas de relação de objeto; contribuições do psicanalista inglês Wilfred Bion sobre o funcionamento dos grupos humanos e técnicas de terapia grupal, além da experiência de atendimento dirigida por ele na Clínica Tavistock, em Londres; a experiência de abordagem psicanalítica de pacientes psiquiátricos da Clínica Menninger, em Topeka, Kansas, EUA; as técnicas de psicodrama, desenvolvidas pelo psiquiatra romeno Jacob Levy Moreno; e a redescoberta do trabalho do psiquiatra alemão Hermann Simon, introdutor da terapia ocupacional no tratamento de pacientes psiquiátricos, no começo do século XX (Teixeira 1993, pp. 97-118).

Essas experiências e necessidades desembocaram na concepção de uma nova lógica para o atendimento de pacientes internados: a *comunidade terapêutica*. O conceito de comunidade terapêutica apareceu ao final dos anos 1940 e início de 1950, como criação da psiquiatria inglesa. O termo comunidade terapêutica surgiu pela primeira vez em 1946, num artigo de Thomas Main, publicado no *Bulletin of the Menninger Clinic* (Sampaio 1988, p. 35). A experiência mais significativa de comunidade terapêutica inglesa, a do psiquiatra sul-africano Maxwell Jones, iniciou-se em 1947, com a criação da *Industrial Neurosis Unit*, no Belmont Hospital – hoje Henderson Hospital

(Walton 1983). Quase paralelamente, Thomas Main efetuava outra experiência no Northfield Mental Hospital (1946). O modelo proposto por Maxwell Jones obteve maior repercussão, tornando-se um sinônimo de comunidade terapêutica.

As comunidades terapêuticas apareceram como uma reorganização hospitalar com o intuito de aumentar a comunicação entre a equipe de profissionais, permitindo o aumento das informações sobre as interações entre os pacientes e a identificação dos conflitos sociais presentes no ambiente. Na experiência pioneira do hospital Belmont (1947- 1952), Jones instala um Centro de Reabilitação Social com a finalidade de tratar casos de distúrbio de personalidade em adultos e adolescentes (Cerqueira 1965, pp. 84-88). Para Jones, o estabelecimento de decisões democráticas entre equipe e pacientes iria contrapor-se à infantilização causada pela estrutura excessivamente rígida dos hospitais convencionais. O desenvolvimento do espírito comunitário e a consciência da responsabilidade coletiva seriam obtidos através de reuniões comunitárias – a célula básica da comunidade terapêutica. A concepção de Maxwell Jones era marcada por um sentido coletivista de práticas, sendo permeada por uma utopia de intervenção social típica dos modelos institucionais da psiquiatria desde o nascimento do hospício moderno, na virada do século XVIII para o XIX.

Durante o período de criação das comunidades terapêuticas, também renasceu o interesse de cientistas sociais pelos acontecimentos no interior dos hospícios. Diversos trabalhos passaram a interpretar os papéis individuais, as relações entre os diferentes atores e a analisar as características do hospital psiquiátrico como um microcosmo social. Dentre estes, podemos citar *The Mental Hospital*, de Alfred Stanton & Morris Schwartz (1954) e *The Psychiatric Hospital as a Small Society*, de William Caudill (1957).

Comunidade terapêutica: modelo de funcionamento

Os princípios gerais de funcionamento da comunidade terapêutica incluíam vivências e práticas grupais, ressocialização, criação de uma atmosfera terapêutica e um trabalho ativo sobre as relações entre os pacientes e dos pacientes com a equipe terapêutica. Para este fim, utilizavam-se técnicas de terapia grupal e individual, visando o reforço da autonomia individual e a correção de comportamentos desadaptativos. Isto conduziu à introdução de trabalhos grupais no interior do hospital: grupos operativos, recreativos, artísticos e grupos terapêuticos propriamente ditos. A principal modalidade de tratamento era a aprendizagem social (*social learning*): partia-se do princípio de que os pacientes reproduziam aspectos de sua problemática emocional nas relações que estabeleciam com outros pacientes e com membros da equipe técnica. A enfermaria psiquiátrica seria o *setting* para a investigação dessas relações, de uma maneira que também permitisse seu reconhecimento, sua correção e a incorporação de novas condutas. Algumas regras de funcionamento eram consideradas essenciais (Walton 1983):

- O ambiente da enfermaria deveria ser acolhedor, vivo e ativo, permitindo a ambientoterapia.
- Os canais de comunicação deveriam ser abertos. Todos os membros da equipe deveriam estar cientes das informações sobre cada um dos pacientes e sua família. A equipe funcionaria como um corpo unificado.
- A reunião geral de enfermaria seria o espaço principal da comunidade. Estas reuniões seriam abertas, com a participação de todos os pacientes e membros da equipe.
- Haveria reuniões diárias de equipe, visando explorar as comunicações feitas na reunião geral.
- Deveria haver um máximo de 25 pacientes por enfermaria.
- Haveria um aumento no número de profissionais envolvidos no atendimento. Surge uma equipe multidisciplinar, com psiquiatras, enfermeiros, psicanalistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e auxiliares

terapêuticos.²

- Haveria um novo papel na estrutura de atendimento: os terapeutas sociais ou atendentes psiquiátricos. Este papel era exercido, originalmente, por estudantes de ciências sociais.
- Ocorreria certa difusão de papéis entre os membros da equipe, alterando-se a rigidez do modelo tradicional.
- A terapia ocupacional ganharia destaque entre as atividades da enfermagem, agindo como elemento organizador do cotidiano. Utilizava-se música, pintura, cerâmica, colagens, etc.
- A mudança de personalidade, pela substituição de mecanismos desadaptativos de comportamento, seria o objetivo final do tratamento.

A comunidade terapêutica buscava romper com o funcionamento do hospital psiquiátrico que, por seus propósitos, visa obter efeitos de normatização do comportamento. Era uma atualização dessa estratégia em moldes mais humanos e modernos, não sendo, portanto um modelo de ruptura ideológica ou de negação da loucura. Tratava-se da construção de um espaço regido por um paroxismo de contato grupal, visando a constante catarse do indivíduo perante o grupo hospitalar, tomado como modelo identificatório saudável. O indivíduo, revelando sua verdade perante o grupo e sofrendo sua pressão, poderia recuperar-se para o convívio social. Dessa maneira, o hospital psiquiátrico reaparecia como diferença, transformado em espaço de promoção de aprendizagem social.³

Comunidade terapêutica no Brasil

As comunidades terapêuticas organizam-se no Brasil num período posterior ao seu aparecimento na Europa e EUA, recebendo influências das fontes originais e de seus desdobramentos. No Brasil, o modelo de comunidade terapêutica de Maxwell Jones permitiu a reunião de diversas linhas de trabalho em torno dessas experiências, sustentando um projeto comum para a renovação da prática psiquiátrica no país.

O atendimento psiquiátrico no Brasil sempre fora destinado aos despossuídos da sorte: desempregados, indigentes, biscateiros, migrantes, negros, mestiços, bêbados, os herdeiros trágicos de uma sociedade rural e escravagista que não incorporara boa parte de sua população ao mercado formal de mão de obra, nem lhe proporcionara acesso à educação, moradia e outros benefícios sociais. O modelo assistencial da psiquiatria brasileira, nos anos 1960, era centrado num modelo asilar, com o predomínio de grandes hospitais psiquiátricos aos quais era recolhida uma população de milhares de pacientes crônicos, na maioria composta por miseráveis. Em cada capital ou grande cidade brasileira, a assistência psiquiátrica era organizada ao redor de um grande hospício. À desumanidade deste, aliava-se a crônica precariedade dos investimentos públicos no setor. Antigas colônias agrícolas, que tiveram grande impulso nos anos 1920 e 1930, haviam se tornado gigantescos depósitos de doentes mentais.

A assistência psiquiátrica pública brasileira ainda não incorporara as transformações sofridas pela psiquiatria europeia e norte-americana a partir do pós-guerra. O Estado Previdenciário não havia se estruturado no país. Nesse momento, o projeto de modernização conservadora do movimento político que assumiu o poder com o golpe militar de 1964 passou a buscar a modificação dos serviços públicos de saúde. Durante a ditadura militar (1964-1985), instalou-se um projeto visando um rápido desenvolvimento do país rumo ao capitalismo moderno

2 Isso implicou na redefinição do status de categorias profissionais consideradas subalternas, mas não implicou numa efetiva redivisão de poder, que continuou centralizado no médico.

3 Nas décadas posteriores ao fim da Segunda Guerra Mundial surgiram outros movimentos de reestruturação do atendimento psiquiátrico, igualmente marcados pela crítica ao asilo e pela busca da humanização do atendimento dos doentes mentais, dentre os quais podemos destacar a psicoterapia institucional da França; a psiquiatria de setor francesa; a psiquiatria democrática italiana; a psiquiatria preventiva e a psiquiatria comunitária norte-americanas. Esses movimentos influenciaram diretamente as experiências brasileiras das comunidades terapêuticas.

e a inclusão do Brasil numa inequívoca esfera de influência econômica e política dos Estados Unidos. Tal projeto requeria maior oferta de atendimento médico e psiquiátrico para a crescente força de trabalho produtiva. Iniciou-se a construção de um sistema de Previdência Social a partir da unificação de vários Institutos de Assistência. A consolidação desse novo modelo de previdência e assistência médica relacionava-se ao período de crescimento econômico do chamado milagre econômico brasileiro (1969-1973).

O projeto político dos governos militares não privilegiava a recuperação e modernização dos serviços existentes, isto é, dos hospícios públicos. Buscava a contratação de leitos psiquiátricos conveniados numa florescente rede privada, em pequenas clínicas psiquiátricas com características mais modernas. Os leitos privados eram destinados aos trabalhadores ativos e seus dependentes, cobertos pela Previdência Social. Os antigos hospícios continuariam destinados à sua freguesia tradicional de miseráveis. Segundo Resende:

“O quinquênio 1965/1970 foi marcado por um afluxo maciço de doentes para os hospitais da rede privada; neste período, enquanto a população internada em hospital público permaneceu estável, a clientela das instituições conveniadas saltou de 14.000 em 1965 para 30.000 no final do período” (Resende 1987, p. 61).

Assim, traduzindo um espírito de resistência ao projeto político do governo militar, nasceu uma frente ampla pela defesa e mudança da assistência psiquiátrica brasileira. Jovens profissionais, adeptos empolgados da psicanálise e da liberalização das instituições repressivas, reuniram-se aos velhos batalhadores pela humanização dos hospícios, em defesa do atendimento público em psiquiatria. Tratava-se de viabilizar uma prática alternativa que agisse no interior dos antigos e superlotados asilos. E mais: esse movimento passou a representar um importante núcleo de resistência política ao autoritarismo vigente. Um dos raros espaços onde isto era possível. Conforme Macedo:

“O movimento das comunidades terapêuticas, que se inaugura em meados dos anos 60, surge como um núcleo de resistência de psiquiatras vinculados ao projeto reformista da Psiquiatria Comunitária, que não encontrando condições de viabilidade no interior de uma estrutura social fragilizada em suas organizações da sociedade civil, concentram-se em torno do único espaço permitido para a materialização do seu projeto político” (Macedo 1981, p. 52).

Assim, as comunidades terapêuticas adquiriram no Brasil um importante tom político e contestatário, num contexto de questionamento do regime político vigente. A experiência era pensada, via de regra, como um passo exemplar de uma transformação política que, no futuro, deveria ser mais ampla. Elas pretendiam, simbolicamente, sugerir o modelo de uma sociedade igualitária, democrática e participativa, desejada por seus participantes. Em alguns casos, defendia-se a progressiva expansão dos mecanismos de participação até o estabelecimento de um autogoverno.

A comunidade terapêutica no Brasil serviu como matriz fértil para os movimentos da psiquiatria alternativa dos anos 1960 e 1970, ora como instrumento a ser incorporado, ora como referência a ser radicalizada. Formou-se um conglomerado em torno do projeto das comunidades terapêuticas reunindo diferentes correntes da psiquiatria alternativa: militantes da ação comunitária, epidemiologistas, sanitaristas, antipsiquiatras, simpatizantes da psiquiatria democrática, terapeutas ocupacionais, velhos psiquiatras humanistas de orientação fenomenológica e, *last but not least*, psicanalistas e defensores da psicanálise. A apreensão das comunidades terapêuticas deu-se, sobretudo, como um reforço àqueles que propunham uma articulação entre as instituições dedicadas ao atendimento psiquiátrico e a nascente ideia de promoção da Saúde Mental. A multiplicidade de tendências encontrou no discurso da saúde mental e da psiquiatria comunitária um epicentro que reunia suas diversas posições.

O discurso da psiquiatria comunitária tinha significativa penetração nos meios oficiais e na área da gestão da saúde, inclusive em setores diretamente ligados ao governo militar. Em 1967 foi criada, pelo decreto nº 60.252,

a Campanha Nacional de Saúde Mental, vinculada ao Ministério da Saúde. Em 1971, a comissão permanente de saúde mental da Associação Brasileira de Psiquiatria defendia “uma ação global de saúde mental, com serviços hospitalares e extra-hospitalares, todos eles solidamente ligados à comunidade” (Cerqueira 1984, p. 107). No II Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em 1972, durante o período mais sombrio do Governo Médici⁴, o Ministro da Saúde Mário Machado de Lemos enviava a seguinte declaração ao plenário:

“Os hospitais deverão se reestruturar através de seu progressivo desenvolvimento com a comunidade. A diversificação na oferta de serviços e sua estruturação interna em ambientes terapêuticos dinamicamente compreensivos terão por finalidade a mais pronta reintegração social do indivíduo. Recomendam-se serviços especiais para egressos e campanhas para reabilitação de pacientes crônicos. Condena-se o macro-hospital psiquiátrico como solução institucional para pacientes crônicos e sobretudo para agudos” (Cerqueira 1984, p. 91).

Em 1973, o manual de serviços para assistência psiquiátrica do Ministério da Saúde consagrou os princípios da assistência comunitária. Essa resolução deu ênfase ao desenvolvimento dos recursos extra-hospitalares, à prevenção primária, secundária e terciária, à execução de projetos assistenciais específicos e à formação de equipes multidisciplinares. Curiosamente, a formulação da psiquiatria de ação comunitária vai sendo incorporada pelo discurso oficial do conservador governo militar.

O campo psiquiátrico buscava criar um dispositivo centrado nas ações comunitárias, com embasamento epidemiológico, visando uma psiquiatria além-muros. Como um primeiro passo, a lógica de funcionamento manicomial deveria ser alterada. O hospital devia tornar-se um lugar de verdadeira recuperação dos pacientes, livrando-os do abandono e da inatividade, de integração das famílias ao tratamento e de liberalização da hierarquia repressiva da instituição hospitalar. E o modelo das comunidades terapêuticas oferecia todas essas possibilidades. Em 1965, Luiz Cerqueira afirmava que a expressão comunidade terapêutica correspondia a uma velha instituição – o hospital –, funcionando em bases dinâmicas diferentes: “(...) a comunidade terapêutica é uma estrutura assistencial definida – nem profilática, nem reabilitadora especificamente, mas curativa – e nela se integra a praxiterapia, a qual, então, tem potencializadas suas possibilidades reabilitadoras” (Cerqueira 1965, p. 77).

Cerqueira admitia que a psiquiatria social brasileira sofresse influências da psiquiatria de setor francesa de Lebovici, Paumelle e Ajuriaguerra; da psiquiatria democrática de Franco Basaglia; da psiquiatria preventiva de Gerald Caplan; da psiquiatria comunitária norte-americana; mas destacava a influência de Maxwell Jones como a mais importante (Cerqueira 1984, pp. 29-30). Para que uma mudança acontecesse, defendia um desenvolvimento natural nas etapas de transformação hospitalar, culminando numa psiquiatria de ação comunitária, centrada na promoção da saúde mental. Assim, os hospícios deveriam passar pelas seguintes etapas evolutivas de transformação: 1. Terapêutica ocupacional – 2. Clube terapêutico – 3. Grupo operativo – 4. Comunidade terapêutica hospitalar – 5. Psiquiatria de comunidade ou setor.

O moderno hospital psiquiátrico, funcionando como uma comunidade integrada e pautado por princípios psicodinâmicos, contraporia-se assim ao velho hospício, repleto de mortos vivos, vítimas dos métodos obsoletos. O campo de batalha estava estabelecido: era a luta do novo contra o velho. E é no terreno das relações interpessoais, no interior dos hospícios, que a psicanálise irá desempenhar seu importante papel. Em um trabalho escrito em 1969, participantes da comunidade terapêutica do Hospital Odilon Galloti afirmavam:

“O tratamento psiquiátrico moderno não mais repousa no tratamento biológico, no quimioterápico ou na terapia ocupacional, como se fosse possível tratar alguém através de departamentos. A base do tratamento moderno está onde se estabelecem as relações inter-

4 O general Emilio Garrastazu Médici foi presidente do Brasil entre 1969 e 1974, os chamados “anos de chumbo”, período de maior repressão e obscurantismo do regime militar.

“pessoais, isto é, nos corredores da enfermaria, na sala de estar, nos grupos operativos, nos locais de tratamento biológico, de terapêutica ocupacional, nas reuniões gerais, de equipe e no lar do paciente” (Costa; Santos; Alves; Birman; Luz; Santos Jr & Dias 1969, p.3).

A importância da psicanálise

Do final da década de 1950 até meados de 1960, a maioria das iniciativas de implantação de comunidades terapêuticas no Brasil foi conduzida por psiquiatras de formação humanista e/ou sanitarista. A partir da metade da década de 60, as experiências passaram a ser implantadas e dirigidas por psicanalistas ligados às principais sociedades de formação então existentes. Isto marca um ponto de inflexão no movimento, a partir do qual psiquiatras-psicanalistas disputam com psiquiatras tradicionais a hegemonia de sua direção. A psicanálise, gradualmente, passa a liderar a inovação representada pela comunidade terapêutica. Nas palavras de Russo:

“No decorrer da década de 60 os psiquiatras-psicanalistas disputam com seus colegas organicistas a hegemonia no interior da psiquiatria. E parecem pouco a pouco ganhar terreno nessa disputa. Psicanalistas passam a ocupar posições de prestígio nas instituições psiquiátricas” (Russo 1991, p. 78).

Antes, no Rio de Janeiro, professores de psiquiatria costumavam divulgar aspectos teóricos da psicanálise em aulas e artigos, mas geralmente não praticavam a psicanálise, nem tinham formação analítica (Perestrello 1988). No fim dos anos 1950, a psicanálise vive um momento de efervescência no Rio de Janeiro. A Sociedade Psicanalítica do Rio de Janeiro, fundada em 1955, e a Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro, fundada em 1957, ambas com reconhecimento pela IPA, tinham suas primeiras turmas oficiais de formação analítica. A psicanálise, determinando a chamada compreensão dinâmica da doença mental, aparece como uma visão diferenciada no campo da psiquiatria, atraindo muitos dos que procuravam alternativas ao discurso médico-biológico. Entre os membros da SPRJ estão Walderedo Ismael de Oliveira e Alcyon Baer Bahia, titulados na Argentina, onde receberam influência da forte tradição grupal da psicanálise argentina, passando a divulgar a até então pouco conhecida psicoterapia de grupo. Em 1959, um projeto pioneiro de utilização da psicanálise no tratamento de pacientes psicóticos ocorreu no Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (IPUB)⁵. No setor de pesquisas psicanalíticas do IPUB, coordenado por Walderedo Ismael da Silveira, aplica-se tratamento psicanalítico, tanto individual quanto grupal, a psicóticos. Do projeto participam, dentre outros, Eustachio Portella Nunes, Wilson Chebabi, Ernesto La Porta e José Cândido.

Na opinião de E. Portella, “realmente a entrada da psicanálise na psiquiatria, de uma maneira mais global, deu-se com as comunidades terapêuticas”.⁶ E era natural que isso ocorresse: o material mais importante com o qual as comunidades terapêuticas trabalhavam, as relações interpessoais, criava um campo onde os psicanalistas sentiam-se à vontade. No artigo já citado de Oswaldo dos Santos e colegas, encontramos a seguinte definição para comunidade terapêutica: “conceito que envolve o meio como agente terapêutico, não no sentido arquitetônico, mas no sentido psicológico das relações dos indivíduos entre si” (Costa et alli 1969, p.2).

A partir de meados de 1960 e início de 1970, os psicanalistas assumem pessoalmente a coordenação das comunidades terapêuticas. Técnicas psicanalíticas são levadas aos chamados pacientes crônicos das instituições psiquiátricas. A psicanálise torna-se a vanguarda do processo de reforma e humanização dos asilos, num processo semelhante ao da psicoterapia institucional francesa em sua segunda versão (embora a corrente lacaniana fosse

5 Localizado no Rio de Janeiro, o IPUB era o antigo Pavilhão de Observações do Hospício Nacional dos Alienados, que foi incorporado à então Universidade do Brasil (hoje Universidade Federal do Rio de Janeiro).

6 Entrevista pessoal com Eustachio Portella Nunes (1992), parte da pesquisa da Dissertação de Mestrado “O Cristal de Várias Faces: A Psicanálise, o Campo de Saber Psiquiátrico e o Modelo Assistencial das Comunidades Terapêuticas” – Teixeira, M. O. - IPUB/UFRJ, 1993.

inexpressiva no Brasil nessa época). Em 1978, Luiz Cerqueira afirma:

“A nosso ver, a maior contribuição quem trouxe foi a psicanálise, exatamente porque tenta compreender as onipotências contidas no modelo médico exclusivo e nas técnicas de reforço-punição. Assim, para nós psiquiatria social é também de inspiração psicanalítica, sem distinção de correntes. A psicodinâmica apressou o extravasamento do divã, e a psicanálise de grupo conferiu às técnicas meramente sociais a imprescindível visada para a qual estavam cegos os sociólogos” (Cerqueira 1984, p. 26).

A psicanálise carregava uma formulação clínica alternativa que penetrou nas instituições psiquiátricas. O que se buscava era a construção de um novo modelo discursivo e organizacional que comandasse e remodelasse as ações do cotidiano hospitalar, através das leituras do inconsciente. Para Ana Cristina Figueiredo:

“(…) numa instituição organizada e funcionando à imagem do psicanalista, onde as estruturas objetivas são reinterpretadas dentro da fantasmática inconsciente ou das identificações interiorizadas, a psicanálise se impõe como um ideal a ser atingido não só em benefício próprio, mas também como uma especialização” (Figueiredo 1986, p. 41).

Tal ideologia pressupõe que o novo terapeuta deva ter formação psicanalítica e submeter-se, ele próprio, a tratamento psicanalítico. Conhecedor de seus próprios fantasmas, ele pode, por isso mesmo, lidar melhor com os fantasmas da instituição e dos pacientes. Pode interpretar o movimento de grupos e indivíduos dentro do hospício, por exemplo, segundo a ótica da “introjeção e projeção de objetos bons e maus da fantasia”, ou de “respostas transferenciais e contratransferenciais”. Pode lançar mão de um saber que é, sobretudo, relacional. O psicanalista, e não mais o psiquiatra organicista, torna-se o grande modelo para os demais membros da comunidade terapêutica. Conforme Figueiredo:

“Dentro de uma perspectiva de integração entre pacientes e terapeutas, o que estava em jogo era o rompimento com a polarização saúde-doença, e aqueles que quisessem dedicar-se ao penoso trabalho de cuidar dos doentes mentais deveriam confrontar-se com sua própria doença. Agora já não bastavam os compêndios de psiquiatria e os medicamentos, que nunca poderiam ser abandonados. Era preciso também aproximar-se do paciente” (Figueiredo 1986, p. 41).

O problema passa a ser, então, a qualidade diferenciada de contato que o novo tipo de profissional pode estabelecer com os pacientes. Oswaldo dos Santos afirma que: “No hospital, usamos a transferência e a contratransferência como fenômenos espontâneos, úteis e inevitáveis em toda a relação humana. A sua utilização leva os terapeutas a uma melhor compreensão de sua situação em relação ao que eles e os pacientes sentem, e desta forma melhor identificam as modificações que podem ocorrer no campo de trabalho” (Santos 1967, p. 282). Em outro artigo, Santos acrescenta: “Essa corrente dinâmica, procedente da psicanálise e sua evolução, veio humanizar o tratamento psiquiátrico, assinalando que os limites entre saúde e enfermidade mental são muito menos nítidos do que supunha o enfoque descritivo” (Santos 1970, p. 4).

Segundo Santos, o problema básico dos hospitais psiquiátricos tradicionais era a falta de relacionamento interpessoal dos doentes, que criava neles um comportamento irreal, onde os vínculos eram estabelecidos com regras e regulamentos e não com pessoas que pudessem servir de modelo. Dessa forma, organizavam-se no hospital dois mundos sociais separados: o dos pacientes e o do pessoal técnico. Esta dissociação gerava grande tensão no ambiente e tinha reflexos na conduta dos pacientes: “A dissociação tão encontrada no paciente mental reflete um campo social dividido e ao mesmo tempo é seu modo de participar nele” (Santos 1970, p. 2). Para Santos, a comunidade terapêutica significava a ruptura dessa dicotomia, reconstruindo-se a interação entre os grupos e estimulando a participação de todos na vida da instituição. Para isso, no entanto, o pessoal técnico precisaria renunciar ao seu poder autoritário:

“Enfatiza-se, assim, o fato de que a instituição deve ir desenvolvendo esforços combinados, tanto da parte dos pacientes como dos responsáveis pelo tratamento, com a finalidade de afastar a tradicional ideologia caracterizada pelo governo paternal e autocrático do corpo médico. Aí reside, talvez, um dos fatores mais difíceis para a mudança de atitude” (Santos 1970, p. 2).

O papel dos auxiliares psiquiátricos

Outro aspecto relevante da experiência brasileira das comunidades terapêuticas foi o campo de renovação aberto pela introdução da figura do *atendente psiquiátrico* (ou *auxiliar psiquiátrico*, como ficou conhecido no Rio de Janeiro). Pela primeira vez, o hospital psiquiátrico no Brasil abria-se à entrada de estudantes interessados em psiquiatria, ávidos por repensar o funcionamento asilar e a relação terapeuta-paciente. Ademais, a maioria destes atendentes era composta por jovens estudantes universitários, uma parcela da população identificada com os valores da contracultura e visceralmente contrária à ditadura militar e à repressão política vigente.

O atendente psiquiátrico (A. P.) era pensado como um elemento de ligação. Seu papel era valorizado pelo contato contínuo com os pacientes, pela oferta de modelos positivos de identificação e pelo exercício de múltiplos papéis, já que a função cabia a estudantes sem os maneirismos de uma especialização profissional. As vagas de estágio eram preenchidas, na maioria dos casos, por estudantes de medicina interessados em psiquiatria, ou por estudantes dos cursos de psicologia. Este fato marca o momento em que estudantes de psicologia, por intermédio desses estágios, têm acesso ao hospital psiquiátrico, antes exclusivo aos alunos do curso médico. Segundo Figueiredo, a função do A. P. é “para os psicólogos uma possibilidade de entrar em contato com a experiência clínica da psiquiatria” (Figueiredo 1986, p. 40).

O A. P. deveria ser um elemento de referência para os pacientes em tratamento. Alguém que, como o Sancho Pança de Dom Quixote, acompanha o psicótico, compreende-o em suas particularidades e, ao mesmo tempo, oferece limites e vínculos com a realidade. A ordem era ouvir o paciente, conviver com ele, acompanhá-lo em suas vicissitudes. Servir, conforme a expressão da época, “de modelo identificatório sadio”. A perspectiva psicanalítica dominava as supervisões clínicas oferecidas aos A. Ps. A análise pessoal, individual ou de grupo, era sugerida para muitos, o que contribuiu para disseminar o ideário psicanalítico em toda uma geração. Jovens estudantes tinham assim seu primeiro contato com pacientes psiquiátricos marcado por uma grande carga de empolgação e dedicação ao trabalho, especialmente por se tratar de uma proposta transformadora. Durante os anos 1960 e 1970, trabalhar como A. P. numa comunidade terapêutica constituía um verdadeiro rito de iniciação para estudantes que optassem pela carreira psi.

Panorama das experiências brasileiras na década de 1960

Em 1956, Laertes Ferrão, David Azoubel Neto e Felix Cimenés fundaram o Clube da Unidade Psiquiátrica do Hospital dos Comerciários de São Paulo, cuja finalidade principal, segundo seus estatutos, seria a de proporcionar aos pacientes daquela unidade uma assistência fundamentada nos “modernos princípios da terapia sócio-psiquiátrica” (Ferrão; Azoubel & Cimenés 1960). O clube era resultado da evolução de reuniões periódicas entre a equipe terapêutica e o grupo de pacientes dentro do serviço. Com isso, desenvolveu-se uma série de atividades culturais, esportivas, sócio-recreativas, de bem-estar e melhoramentos, através de várias comissões⁷.

Em 1960, Marcelo Blaya, após estágio na Menninger Clinic, apresentou à Faculdade de Medicina de Porto

⁷ A organização de um clube terapêutico, independente e gerido pelos próprios pacientes, é típica dos princípios da psicoterapia institucional francesa.

Alegre a tese “Tratamento hospitalar com orientação psicanalítica”. Em seguida, fundou a Clínica Pinel de Porto Alegre, uma clínica particular nos moldes de uma comunidade terapêutica, com marcante orientação psicanalítica. A Clínica Pinel compunha-se de três unidades, duas para pacientes previdenciários e uma para particulares. Tinha capacidade para 190 pacientes, entre internados e semi-internados. Seu projeto tornou-se um marco referencial para as iniciativas desse período. Do projeto também resultou a fundação da Associação Encarnación Blaya, um núcleo divulgador da produção teórica do grupo, promotor de eventos científicos e de formação profissional.

Em 1960, organizavam-se atividades recreativas ainda sem um sentido comunitário. Depois, os pacientes foram divididos em grupos, de acordo com o diagnóstico, que se reuniam duas vezes por semana. Seguiu-se a introdução de reuniões comunitárias, com a participação de todos os setores da clínica. Em 1964, iniciaram-se os grupos operativos, contando com médicos, atendentes, pacientes e estagiários. Eram realizadas atividades de biblioteca, jornal, cinema, televisão, eletrola, jogos de salão, instituto de beleza e corais, com o encargo confiado a pacientes. Outras atividades não eram subordinadas aos grupos operativos: esporte, música, oficina de praxiterapia e aviário (Tuma; Graeff; Silveira & Silveira 1966). Para Blaya, a comunidade terapêutica era caracterizada pela montagem de uma estrutura que ligasse o grupo dos pacientes ao grupo dos terapeutas, de modo a constituir uma matriz operacional curativa: o ambiente.

Em 1964, sob a orientação do psicanalista David Zimermann e coordenação de M. Bertoni, no Rio Grande do Sul, instalou-se um serviço comunitário na divisão Melanie Klein do Hospital Psiquiátrico São Pedro, em Porto Alegre. Zimermann também dirigiu a experiência de comunidade terapêutica no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, no mesmo período. De 1965 a 1972, Luis Carlos Osório coordenou a Comunidade Terapêutica Leo Kanner, de Porto Alegre, a primeira comunidade terapêutica infanto-juvenil do Brasil (Osório 1970).

O Rio Grande do Sul tornou-se, assim, o mais importante pólo de divulgação de projetos de comunidade terapêutica durante este período, caracterizando-se por uma forte orientação psicanalítica, pautada em ideias kleinianas. A psiquiatria gaúcha sofreu influência da psicanálise argentina, sobretudo portenha, em razão da proximidade geográfica, e muitos psiquiatras da região fizeram sua formação analítica na Argentina.

Em 1964, Luiz Cerqueira publicou o livro “Pela Reabilitação em Psiquiatria: da praxiterapia à comunidade terapêutica”, narrando sua experiência como chefe do setor de praxiterapia do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (IPUB). Defendeu a transformação do IPUB num “moderno hospital praxiterápico” (Cerqueira 1965, p. 79), voltado para a reabilitação dos doentes. Um aprimoramento evolutivo da proposta levaria progressivamente à formação de uma comunidade terapêutica. Cerqueira, embora mais ligado à psiquiatria comunitária e à praxiterapia, teve um papel pioneiro no movimento das comunidades terapêuticas no Brasil. Tanto assim que, numa época em que a reclusão total dos pacientes era a regra, as atividades praxiterápicas do IPUB eram feitas num espaço físico fora do hospital, num prédio anexo. Para Oswaldo dos Santos, isso já empreendia “um movimento de saída, de estar fora do hospital”⁸

Em 1964, Othon Bastos iniciou um projeto de comunidade terapêutica na clínica psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade de Recife, Pernambuco. O objetivo era que “o psiquiatra fosse promovido da mera condição de alienista à de terapeuta supervisor de um grupo de pacientes e coordenador da reunião destes; em que o paciente, de antigo alienado, fosse transformado em um elemento ativo, integrante de um grupo e de uma comunidade; em que as entrevistas a dois existissem ao lado de diálogo e reuniões coletivas e os arcaicos programas terapêuticos cedessem lugar a planejamento e situações psicoterápicas, que permitissem ao grupo a exteriorização de sua própria problemática” (Bastos 1964, p. 64).

8 Entrevista pessoal com Oswaldo dos Santos (1992), parte da pesquisa da Dissertação de Mestrado “O Cristal de Várias Faces: a Psicanálise, o Campo de Saber Psiquiátrico e o Modelo Assistencial das Comunidades Terapêuticas” – Teixeira, M. O. - IPUB/UFRJ, 1993.

A década de 1960 também foi um tempo de intensa divulgação teórica do projeto das comunidades terapêuticas no Brasil. Em 1967, realizou-se no Rio Grande do Sul – então o principal centro empreendedor – o VIII Congresso Brasileiro de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental, com inúmeros trabalhos sobre o tema. O tema oficial do Congresso neste ano foi, justamente, “organização e funcionamento hospitalar como fator terapêutico”. No IX Congresso, realizado em Fortaleza (CE), os temas referentes à comunidade terapêutica praticamente dominaram as mesas e trabalhos apresentados. E, em 1970, dimensionando a importância do movimento no Brasil, realizou-se em São Paulo o I Congresso Mundial de Comunidades Terapêuticas, com a presença do próprio Maxwell Jones.

Oswaldo dos Santos, psiquiatra de orientação psicanalítica, fez residência em psiquiatria no IPUB. Em 1964, publicou “Dramatização em Psiquiatria”, onde descreveu sua experiência como chefe de serviço da Clínica Bela Vista, uma instituição privada de porte médio localizada em Jacarepaguá, Rio de Janeiro. Santos empregara a dramatização, com as técnicas do psicodrama de Moreno, no tratamento de doentes internados. Desde 1961, Santos desenvolvia ali um trabalho que denominou de *terapêutica ocupacional de grupo* (Santos 1962). Para ele a terapia ocupacional devia ser uma forma de integrar a atividade do doente ao hospital. Com este fim, iniciou atividades de recreação coletiva para o grupo de 70 pacientes e extraiu, de cada um, suas características ocupacionais aproximadas. Criou diferentes setores de atividade, distribuindo os pacientes entre eles, observando a mobilidade e a aceitação de cada um. Posteriormente organizou reuniões gerais e desenvolveu atividades que incluíam música, pintura, dança, ginástica, festas, jogos, teatro, jornal, clubeterapia e coral. Ao trabalho foram incorporados quatro monitores, além de Santos:

“Cabia ao monitor observar os diferentes pacientes em cada grupo, sendo assim possível a verificação da dinâmica inter-grupal e de como a atividade atuava diferentemente nesta dinâmica. As observações e o comportamento dos diversos grupos na sua integração na comunidade possibilitaram a compreensão do caráter “escondido” da terapêutica ocupacional: a ambientoterapia e suas conseqüências” (Santos 1967, p. 283).

A ambientoterapia evoluiu formalmente para a criação de uma comunidade terapêutica. A estrutura física da clínica era privilegiada quanto ao conforto e espaço para comunicação. Mas persistiam o que Santos chamou de “artefatos do manicômio” e “uma dicotomização entre o mundo social do paciente e o mundo social do pessoal técnico”. Nessa situação, se impunha “uma reforma de base” (Santos 1970, p. 5). Técnicas grupais foram introduzidas, reuniões entre pacientes e equipe foram criadas, ministraram-se aulas aos enfermeiros e atendentes, visando adaptá-los à nova proposta. Os recursos de contenção em cela-forte e a medicalização excessiva foram suspensos. Seguiu-se uma fase de grande tensão na clínica. O aumento da agitação psicomotora, da reivindicação e de episódios de violência levou o pessoal técnico-administrativo a rejeitar as modificações implantadas. Estabeleceu-se uma disputa entre a equipe de Oswaldo dos Santos e o antigo pessoal técnico-administrativo (Santos 1970, p. 7). Na evolução desta crise, a direção da clínica negou-se a dar um aumento de honorários à equipe de Santos, previamente combinado. Interpretando a medida como uma demonstração de força, Santos e sua equipe deixaram a Clínica Bela Vista. Em suas palavras: “Esta ameaça, por outro lado, refletiu na equipe contratada como mecanismo de defesa também; idêntica demonstração de poder, abandonando a clínica” (Santos 1970, p. 7).

Após esses acontecimentos, Oswaldo dos Santos irá supervisionar e dirigir, juntamente com Wilson José Simplício (psicanalista da Sociedade de Psicanálise do Rio de Janeiro – SPRJ), a experiência mais paradigmática de comunidade terapêutica realizada no serviço público do Rio de Janeiro: a comunidade terapêutica da Seção Olavo Rocha do Hospital Odilon Galotti, uma das doze unidades que compunham o Centro Psiquiátrico Pedro II, na zona norte da cidade. Essa experiência iniciou-se oficialmente em maio de 1967 e estendeu-se até meados de 1974.

Outras experiências no Rio de Janeiro

Outros projetos importantes desenrolaram-se no Rio de Janeiro no período. Em 1969, Eustachio Portella Nunes e Roberto Quilelli, psicanalistas ligados respectivamente à Sociedade de Psicanálise do Rio de Janeiro (SPRJ) e à Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro (SBPRJ), fundam a comunidade terapêutica do Hospital Pinel, hospício público vinculado ao Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) e localizado na Zona Sul da cidade. A equipe responsável por essa implantação era composta basicamente por profissionais do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (IPUB). Portella planejara antes, enquanto exercia provisoriamente sua direção, a implantação de uma comunidade terapêutica no próprio IPUB, mas a ideia não foi aceita. Criou-se um convênio entre o IPUB e o Hospital Pinel para este fim, incluindo a cessão de pessoal. A comunidade do Hospital Pinel limitava-se a uma de suas enfermarias masculinas, inserida numa estrutura funcional bastante arcaica. Segundo Portella, o projeto centrava-se na busca de “uma melhora da ambiência hospitalar, uma maior participação e, sobretudo, maior respeito no trato com os pacientes, que não podiam mais ser tratados como eram antigamente”.⁹ As atividades diárias iniciavam-se com um grupo operativo na enfermaria. Realizavam-se rotineiramente assembléias gerais. Além das atividades grupais, cada paciente tinha seu terapeuta individual, escolhido entre os membros da equipe.

Segundo Portella “os jovens estudantes encontravam no ambiente das comunidades terapêuticas um espaço onde eles se sentiam mais livres, onde a palavra de todos era ouvida e respeitada”.¹⁰ Isso explicava muito do entusiasmo demonstrado pelos participantes. Afinal, lá fora corriam tempos de censura e repressão política. Portella conta ter sido convocado pelo diretor do SNDM que demonstrou-lhe sua preocupação e a de setores oficiais com a suposta invasão comunista que estaria acontecendo no Hospital Pinel. Ele retrucou que a experiência de “comunidade” nada tinha a ver com comunismo e que se tratava de uma experiência inspirada pela Inglaterra capitalista, não pela União Soviética.

Na opinião de Portella, “um dos pecados das comunidades terapêuticas – fazendo uma crítica com a visão de hoje – era o excesso de reuniões, um certo assembleísmo que se tornou deletério e até perigoso. A proposta era virada pelo avesso, exagerada. Hoje eu não tenho dúvidas: acho que isto não poderia se fazer nos termos em que foi feito, sem o mesmo entusiasmo, não fosse exatamente o tipo de proibição que o país atravessava, onde tudo era proibido e vigiado”.¹¹ Este entusiasmo excessivo acabou “por desvirtuar a proposta de recuperação contida no modelo das comunidades terapêuticas, criando um círculo vicioso. O ambiente tornou-se tão bom, tão livre, que os pacientes não desejavam mais sair. Era grande a dificuldade para dar-se alta a um deles. Muitos criavam problemas para conseguir sua reinternação na enfermaria”.¹² A divulgação pela imprensa das inovações implantadas no Hospital Pinel levou a um aumento desproporcional da demanda pelo serviço. Para Portella, essa divulgação decorria da necessidade que tinha uma imprensa garroteada de apresentar em suas páginas uma experiência de liberdade.

Portella dirigiu o projeto até 1971, quando assumiu a cadeira de clínica psiquiátrica do Hospital Pedro Ernesto. Foi substituído na direção da comunidade terapêutica por Roberto Quilelli Correa, ex-residente e ex-monitor do setor de praxiterapia do IPUB, que prosseguiu a experiência por mais um ano e meio. Ao final desse período, o convênio entre IPUB e Hospital Pinel foi desfeito e a experiência se encerrou.

Nos anos 1970, surgiram no Rio de Janeiro diversos serviços psiquiátricos privados e conveniados funcionando nos moldes de comunidade terapêutica. Entre eles, a Vila Pinheiros, a Pensão Margaridas (dirigida por Carmen Dameto, que iniciara seu trabalho com Marcelo Blaya, na Clínica Pinel de Porto Alegre), o Sanatório Glória e a Clínica São Roberto. Até a Clínica Dr. Eiras de Paracambi, um enorme hospital colônia com mais de dois

9 Entrevista pessoal com E. Portella Nunes (1992).

10 Idem.

11 Ibidem.

12 Ibidem.

mil leitos, passou a apresentar-se como uma comunidade terapêutica. O modelo se banalizou. Apresentar-se como comunidade terapêutica tornou-se o signo definidor da modernidade dos serviços de assistência psiquiátrica. Como observa Santos, a comunidade terapêutica transformou-se “numa espécie de dó-de-peito do atendimento em psiquiatria”.¹³ Apesar da expansão numérica dos serviços, na maioria das vezes as mudanças resumiam-se a uma melhora nas condições de hotelaria das clínicas. Aos serviços privados, em fase de crescimento em razão do milagre econômico brasileiro, interessava mostrar-se em sintonia com o que de mais moderno havia em termos de oferta de serviços para sua clientela de maior poder aquisitivo.

Seção Olavo Rocha do Pavilhão Odilon Galotti: as pirações de uma comunidade terapêutica

“Seu Coronel quando assumiu a chefatura

Pôs a cana muito dura

Eu não sei como vai ser.

Os cartomantes, quiromantes e bicheiros

E até os maconheiros

Tem que desaparecer.

O lenocínio pouco a pouco se acabando

E os hotéis já vão fechando

Vejam a situação!

Andam dizendo um nome

Que eu não entendo

Eu até quero saber

O que é corrupção

Vou lhe contar oh meu irmão!

Corrupção é uma papa muito fina

Onde corre a granolina

Que não queima a nossa mão.

A grana é boa

E todo mundo sabe disso

Esse grande reboliço

Vai ter uma conclusão.

A conclusão pra quem não rouba

¹³ Entrevista pessoal com Oswaldo dos Santos (1992).

E quem não herda
Foi escrita por Lacerda
Que também não é mole não.
E todo aquele
Que não quer andar direito
Vá tratando de dar jeito
Na sua situação
Toma cuidado meu irmão!¹⁴

Em 1960, Oswaldo dos Santos começou a trabalhar como acadêmico-socorrista no Centro Psiquiátrico Pedro II (CPP II). Em seguida foi contratado como médico psiquiatra pelo Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM). O psiquiatra e psicanalista Wilson Simplício tornou-se seu supervisor. Em 1962, após o desabamento da estrutura do pronto socorro onde ambos trabalhavam, eles são transferidos para a Seção Olavo Rocha do Hospital Odilon Galotti, uma enfermaria masculina com 36 leitos, que contava com 78 pacientes internados e estava sem médico há algum tempo. Esse pavilhão, juntamente com doze outras unidades, formava o Centro Psiquiátrico Pedro II, um mega-hospital no bairro do Engenho de Dentro, com 3.848 internações/ano, sendo 2.269 readmissões, 189 funcionários contratados e um médico para cada cinco guardas por seção psiquiátrica (Aguiar 1978, pp. 30-31).

Nos anos 60, as fenotiazinas e butirofenonas começavam a ser empregadas na psiquiatria carioca. Os profissionais mostravam-se empolgados com os efeitos antipsicóticos e supostamente ressocializantes desses medicamentos. Para Oswaldo dos Santos, “não há dúvida que a psicofarmacologia modificou muito o funcionamento dos hospitais. Mas as pessoas também se modificaram. Começaram a questionar quarto-forte, eletrochoque. Será que as agitações psicomotoras não decorriam do tipo de relação que a gente mantinha com os pacientes? Será que esta relação não devia ser modificada? Este questionamento era intelectual para muitos, ideológico para alguns. Mas podia ser condensado na seguinte pergunta: qual é a minha prática?”¹⁵

Em sua formação profissional, Oswaldo dos Santos recebeu influência de duas vertentes renovadoras da época: trabalhou como monitor no serviço de praxiterapia de Luiz Cerqueira no IPUB e, no contato com Wilson Simplício, aproximou-se da visão psicanalítica. Isto despertou nele a procura de mudanças em sua prática clínica. Em pouco tempo, estaria à frente de um projeto paradigmático de transformação: “A gente estava cercado pelos monstros sagrados da psicanálise e a maioria dos colegas acadêmicos estava em análise: isto interferia em nosso pensamento, embora eu ainda não estivesse em análise na época. E nestes movimentos sempre existe um catalisador. Eu acabei sendo este elemento. Estas ideias não surgiram do nada, eu captei várias influências e apenas devo ter percebido alguma coisa mais cedo que os outros”.¹⁶

Santos e Simplício encontraram um quadro desolador na Seção Olavo Rocha. A maioria dos pacientes era de indigentes, com tempo médio de internação de cinco anos. Não havia prontuário, papeleta ou registro das internações anteriores. Apenas sabia-se que a maioria tinha sido transferida da Colônia Juliano Moreira, em Ja-

14 Samba de breque composto por paciente da comunidade terapêutica da Seção Olavo Rocha – transcrito por Santos, Barbosa & Amorim (1969).

15 Entrevista com Oswaldo dos Santos (1992).

16 Entrevista com Oswaldo dos Santos (1992).

carepaguá. O clima dominante reunia violência e passividade. Havia enorme deficiência material e a reclusão em cela-forte era prática comum. A única atividade cumprida por todos era a obrigação de ir ao pátio pela manhã. Mais tarde, devido à superlotação, outra enfermaria de vinte leitos foi agregada à seção Olavo Rocha, elevando o total de pacientes atendidos para mais de cem, em precárias condições.

Na tentativa de pelo menos levantar a ficha de identificação de cada caso, Santos e Simplício pediram ajuda aos pacientes alcoólatras, geralmente os mais organizados dentro dos grandes manicômios, para que trouxessem os demais às entrevistas. Em 1962, começaram um trabalho informal de reuniões com esse grupo de pacientes, visando melhorias práticas no funcionamento da enfermaria. Mas o movimento das reuniões despertou algo na vida da enfermaria. Com o tempo, os pacientes psicóticos começaram a pedir que houvesse reuniões com eles também, o que passou a ser feito. Partindo desse começo informal, os encontros tornaram-se regulares, engendrando discussões sobre questões cotidianas. O trabalho cresceu e a ele se agregou a assistente social Leda de Oliveira, que desempenharia importante papel na futura condução da comunidade terapêutica que nesse momento se organizava. Por sugestão da diretora do CPP II, Alice Marques dos Santos, um primeiro grupo de sete estagiários, todos acadêmicos de medicina, foram incorporados às atividades.

As tarefas organizativas foram divididas com os estagiários, que passaram a ter aulas e supervisões sobre relação psicodinâmica e outros temas, assumindo aos poucos a coordenação de grupos de atividades. Paulatinamente foram implantados os grupos de terapia ocupacional; criou-se um jornal de notícias sobre a enfermaria, além de grupos de pintura e colagem. As atividades multiplicaram-se e diversificaram-se. Em pouco tempo verificou-se um efeito de tipo “destampar de panela de pressão”: aumento de episódios de violência, de agitação psicomotora, de reivindicação, de fugas. Pacientes expuseram pinturas obscenas na atividade de colagem. Parte das paredes da enfermaria foi usada para a pintura de quadros, rabiscos e frases de conteúdo diverso, inclusive inapropriado. Isto foi interpretado pela equipe como a contrapartida da modificação do clima repressivo anterior. A diretora do CPP II, Alice Marques, seguiu apoiando a experiência e o projeto foi mantido. Tentou-se diminuir a tensão do convívio com a intensificação das atividades. Decidiu-se, por votação, criar uma sala de recepção, pois não havia qualquer espaço para o convívio social na enfermaria. As diferentes tarefas relacionadas à criação da sala, como a pintura das paredes, a escolha das cores, a ornamentação, a obtenção de material de recreação, etc., foram subdivididas entre várias comissões de pacientes, o que prenuncia o forte espírito de ação coletiva que se avizinhava. Surgiu a ideia de adquirir-se uma televisão para o local, o que se conseguiu por meio de rifas. Novamente, diversas comissões foram constituídas: comissão de escolha de programas, comissão de meios de proteção à televisão, comissão de troca de estações, etc. (Santos 1967). O papel de auxiliar psiquiátrico, desempenhado pelos estagiários, passou a ser dividido com pacientes mais estáveis, aptos a comandar atividades recreativas e ocupacionais, pensados como os “líderes espontâneos” das atividades. Iniciou-se uma discussão sobre a obrigatoriedade do horário de pátio. Decidiu-se, por força de votação da maioria, pela permissão de saída dos pacientes a qualquer hora do dia – o que gerou um aumento inicial do número de fugas.

O golpe militar de 1964 modificou a natureza política da experiência. Muitos estudantes passaram a procurar o estágio da Seção Olavo Rocha, atraídos pelo clima de liberalização que de lá se irradiava. “Ora, aquele era um trabalho muito barulhento, de grupo, cheio de reuniões, de jovens. E a maioria tinha participação política. O trabalho, eu tenho a impressão, começou a chamar a atenção de quem estava descontente. Acadêmicos vieram nos procurar para fazer formação em psiquiatria porque as faculdades todas passaram a ser espionadas, vigiadas. Não se podia fazer reunião de grupo, instalara-se um contexto diferente de fala, de processo de transmissão de conhecimento”.¹⁷ Com as universidades vigiadas, montou-se uma verdadeira escola alternativa de formação psiquiátrica na Seção Olavo Rocha, com produção de apostilas de material didático, supervisão e aulas teóricas regulares. Pelo serviço passaram, como estagiários, muitos daqueles que se tornariam nomes importantes do meio psicanalítico do Rio de Janeiro: Joel Birman, Narciso de Mello Teixeira, Antonio Celso Pereira, Lindemberg Nunes Rocha, João Alberto Vizeu. Wilson Simplício dedicava-se ao trabalho de supervisão dos estagiários, e foi iniciado um trabalho

17 Entrevista com Oswaldo dos Santos (1992).

de psicoterapia grupal tendo os estagiários como analisandos. Santos ministrava aulas teóricas e atendia na enfermaria. Um psiquiatra, estagiário da seção, conta anedoticamente que o interesse pelo trabalho era tamanho que, ainda estudante, ele desapareceu por completo da Faculdade de Medicina: “acho que por isso até hoje não sei nada de clínica médica”. O número de estagiários aumentava progressivamente. Em 1966, eram lotados na seção 10 estudantes de medicina e 10 de psicologia. Em 1969, havia 47 estagiários. Em 1971, cerca de 80, entre estudantes de medicina, psicologia e serviço social.

No transcorrer da experiência, convivia-se com graves acontecimentos relacionados à conjuntura política de exceção: estagiários não compareciam ao serviço, posteriormente descobria-se que tinham sido presos e torturados; ou simplesmente desapareciam. Estudantes procuravam o serviço para estagiar, mas não podiam identificar-se oficialmente, pois estavam sendo procurados pela polícia política. Havia frequentes convocações de estagiários e dos coordenadores da Seção para depoimentos no DOPS¹⁸. Oswaldo dos Santos, no período da experiência, foi preso duas vezes, a primeira em 1968. Surgiram suspeitas de que pessoas internadas pudessem ser informantes a serviço da ditadura; essa suspeita foi agravada quando começou a ocorrer vazamento de informações quanto ao que acontecia ou era dito na enfermaria. A situação tornou-se irônica quando o CPP II firma um convênio com o Hospital da Polícia Militar do Rio de Janeiro. No mesmo espaço, passaram a conviver a lei e a transgressão.

O trabalho ganhou projeção pública. Algumas matérias na imprensa, nas revistas “O Cruzeiro”, “Visão” e “Cortesia”, noticiavam o que vinha sendo feito. Em 1965, a TV Globo iniciou uma série de reportagens nas quais mostrava pacientes da seção Olavo Rocha circulando pelo pátio e pelos arredores do hospital. As reportagens alertavam para o risco das crianças do bairro serem atacadas pelos loucos à solta. Essas denúncias criaram um impasse e levaram a direção do hospital a aumentar o muro ao redor do CPP II de dois para quatro metros e a proibir as saídas de pacientes. A situação foi trabalhada na enfermaria e os pacientes, surpreendentemente, aceitaram as restrições, que duraram um ano.

Em 1967, um trabalho preliminar sobre a experiência foi apresentado no VIII Congresso Brasileiro de Psiquiatria. Na discussão que se seguiu, Marcelo Blaya sugeriu que o projeto fosse reconhecido como uma comunidade terapêutica. Oswaldo dos Santos aprofundou-se teoricamente no tema, com a leitura de trabalhos de Rodrigué, Sivadon, Menninger e Maxwell Jones, e a seção Olavo Rocha tornou-se oficialmente uma comunidade terapêutica. Sua estrutura formal sofisticou-se. O funcionamento passou a centrar-se nas atividades grupais: reuniões de avaliação; reuniões de equipe; grupos de familiares de pacientes; reuniões gerais de enfermaria; grupos de psicoterapia; grupos de terapia ocupacional; grupos operativos; grupos de egressos; grupos de licença e alta. Estabeleceu-se um funcionamento que organizava as reuniões segundo três modelos de atividade grupal: os grupos de trabalho, os grupos de aconselhamento e apoio e os grupos de psicoterapia analítica (Seldin; Rocha; Pereira; Nobre; Oliveira & Santos 1969). Informações sobre a comunidade eram registradas em livros de acesso aberto a todos, chamados diários de ocorrências, que descreviam o cotidiano da enfermaria de modo informal e bastante crítico quanto às questões gerais da sociedade. O serviço de ambulatório do hospital foi modificado e passou a funcionar todos os dias, agindo em sintonia com o projeto da enfermaria, segundo princípios de ação comunitária. Organizaram-se vários grupos de atividades expressivas: grupo de cinema; de música; de pintura e colagem; de dramatização, ao mesmo tempo em que se incentivavam atividades como poesia, leitura, música e dança.

O estímulo para que os pacientes trabalhassem com técnicas de produção artística constituía um pilar da vida da comunidade. Estudos e teorizações sobre o conteúdo simbólico do trabalho dos pacientes foram desenvolvidos (Birman & Luz 1969; Santos & Simplício 1967). A interpretação dos conteúdos expressivos seguia duas linhas: de um lado, era correlacionada às tensões pelas quais passava a vida da comunidade; de outro, era correlacionada à imagética inconsciente do indivíduo que a produziu. Nas palavras de Costa et alli:

“Particularizando a Comunidade Terapêutica da Seção Olavo Rocha, foi-nos dado observar, tal como ocorre em situações sociais, que através da forte vivência atual é que se pode

18 Departamento de Ordem Política e Social – polícia política do regime militar.

dar início a uma criação, despertando no autor a recordação de vivências anteriores, como as ocorridas na infância. Destes estímulos nasce o desejo, satisfeito pelo ato criador. O produto deste ato deixa transparecer elementos de motivos recentes e das reminiscências. Assim, uma determinada forma de expressão não só nos dá a medida da Comunidade, como também os fatores que mobilizaram o autor, dentro do grupo, a colocar externamente suas fantasias infantis”(Costa; Santos; Alves; Birman; Santos Jr & Dias 1969, p. 3).

A comunidade terapêutica era pensada de forma global, como um tipo de organização dinâmica. Uma expressão chave era “o sentimento comunitário”. Este sentido coletivo de expressão devia ser buscado e discutido perante qualquer impasse. Acontecia um fervilhante trabalho de construção de categorias de entendimento, a partir de conceitos como “o sentimento comunitário”, “o ego grupal”, “as fantasias inconscientes dos funcionários”, “a transferência sobre as figuras centrais”, “os mecanismos de defesa dos grupos”, “o conteúdo simbólico das produções artísticas”, etc.

A figura do psiquiatra-psicanalista tornou-se a mais importante da comunidade terapêutica. Em torno da figura central do chefe de serviço se estabeleciam as leituras transferenciais feitas a partir dos acontecimentos do espaço institucional. Os movimentos grupais eram interpretados em razão da transferência à figura do psiquiatra-psicanalista, que deveria manter-se neutra. Também eram discutidas as outras “figuras-centrais” da comunidade e as chamadas “lideranças naturais dos grupos”. Mudanças súbitas no funcionamento dos grupos existentes eram tomadas como um aviso à comunidade. O líder de cada grupo deveria identificar atitudes de projeção de fantasias onipotentes a ele dirigidas e proporcionar sua reavaliação pelo grupo, para que “tomassem consciência de sua capacidade de realização por si mesmos e não pela fantasia projetada na figura do líder”(Santos 1967, p. 292).

Durante a experiência, criou-se muito, trabalhou-se muito e publicou-se muito. O volume de trabalhos publicados é surpreendente. Apenas no IX Congresso Brasileiro de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental de 1967, em Fortaleza, a equipe da comunidade terapêutica apresentou onze trabalhos. Além de ser um saudável hábito científico, o elevado número de publicações era uma forma de precaver-se contra o eventual desaparecimento de algum autor, servindo como uma forma de registro oficial, caso algo acontecesse. O grande número de autores de cada trabalho também chama a atenção. Nesse ponto, o ideal coletivo de trabalho era levado às últimas consequências. Para que se possa ter uma ideia do clima reinante, o conteúdo dos trabalhos científicos, antes de qualquer coisa, era apresentado pelos autores à comunidade, inclusive aos pacientes. As contribuições eram anotadas e recolhidas. Discutia-se até a conveniência de colocar os nomes de pacientes como co-autores dos trabalhos, o que não era feito em lembrança ao preceito ético de preservar seu anonimato. A necessidade de interpretar e discutir coletivamente todos os acontecimentos cotidianos era levada ao paroxismo. Em razão do contexto político sufocante, a comunidade terapêutica tornara-se um sonho coletivo de democracia e igualitarismo. Num determinado momento, em 1969, o grupo encarregado da redação do jornal da enfermaria se desfez. Este fora, desde o início, uma das principais forças de expressão da comunidade. É então constatado num trabalho da época: “Atualmente ele (o jornal) não existe, e a análise deste desaparecimento foi feita em reuniões de grupos operativos, reuniões de avaliação, gerais e de equipe, tendo um paciente dado uma explicação bem plausível: como vamos fazer um jornal, se tudo que a gente faz, fala, lê e ouve é transmitido nas reuniões?”(Costa et alli 1969, p. 4).

A população de pacientes que se utilizava do serviço era majoritariamente formada por indigentes (86%, segundo levantamento de dezembro de 1969). A comunidade terapêutica decidiu, em determinado momento, respeitar os hábitos culturais dessa população. Permite-se que os pacientes façam fogueiras no interior do hospital, nas quais cozinham sua comida em latas, sobre tijolos, conforme o hábito de quem vive nas ruas. Suspendeu-se a regra de cortar cabelos e barbas e de forçar o uso do uniforme do hospital, Permitindo-se que os pacientes usassem as mesmas roupas da rua, que só eram lavadas se eles assim o permitissem. Data daí a expressão que intitula este item: psiquiatras de outros hospitais do CPP II, incomodados com os acontecimentos da seção Olavo Rocha, criam um trocadilho a partir do nome de um documento redigido pela comunidade terapêutica, no qual se reivindicavam melhorias materiais. O título original “Aspirações de uma comunidade terapêutica” passa a ser conhecido

como “As pirações de uma comunidade terapêutica”¹⁹. Outro apelido pelo qual os participantes da comunidade terapêutica ficaram conhecidos foi “os tropicalistas da psiquiatria”, referência ao movimento cultural e musical inovador liderado pelos compositores Caetano Veloso e Gilberto Gil, em evidência na época. Aliás, esse apelido tinha razão de ser: pela Seção Olavo Rocha, em tratamento, passaram pessoas como o poeta e jornalista Torquato Neto e o maestro e arranjador Rogério Duprat, figuras de proa do movimento tropicalista. E uma de suas estagiárias era casada com Jards Macalé, cantor ligado ao movimento, que passou a frequentar o hospital, tocando e compondo. Organizaram-se espaços informais de canto e composição musical. E também de criação de músicas de protesto, que eram propositadamente publicadas nos trabalhos como forma de driblar a censura do regime militar. Um exemplo típico é a canção cuja letra está reproduzida na epígrafe deste item.

Em 1969, com o crescimento da comunidade, e em razão do grande número de reinternações, decidiu-se montar um hospital-dia para egressos, ou hospital de dia, conforme a terminologia da época. Este foi implantado dentro da seção, funcionando como um desdobramento do atendimento ambulatorial. O hospital de dia atendia os egressos e trabalhava com confecção de roupas, cerâmica, tapeçaria e encadernação, encaminhando o material produzido para a venda externa. Familiares agregaram-se ao trabalho e o dinheiro arrecadado era administrado por uma comissão de pacientes. Montou-se um hospital-noite em uma casa ao lado do hospital, alugado com essa verba. Ali se mantinham alguns dos pacientes egressos de alta, buscando-se arranjar-lhes empregos formais ou a frequência a cursos de profissionalização, através de um convênio com o Serviço Nacional da Indústria (SENAI). Entretanto, a eficácia dessas alternativas era parcial e o ciclo das reinternações não se interrompeu para a maioria.

Gradativamente, a seção Olavo Rocha tornou-se uma referência para o restante do hospital. Outras seções passam a implantar suas comunidades terapêuticas. Em 1972, foi proposto à equipe de Oswaldo dos Santos que a experiência fosse expandida para todo o hospital Odilon Galotti, o que foi concretizado. Esbarrou-se, porém, na forte resistência dos profissionais das outras unidades à proposta, não só de psiquiatras, mas também do pessoal de enfermagem e apoio. Isto fez com que a ampliação do trabalho passasse a depender quase que exclusivamente dos estagiários, todos com vínculos temporários e precários. Instalou-se uma crise. Em 1973, aconteceu uma intervenção na Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), sendo destituída a diretoria do hospital que, até então, vinha apoiando o projeto das comunidades terapêuticas. Oswaldo dos Santos, segundo seu relato pessoal, foi chamado para assinar um documento referente à contratação de estagiários mais antigos. Verificou depois que assinara seu pedido de transferência para o hospital Pinel, o que aconteceu de modo irrevogável. A experiência esvaziou-se e encerrou-se em 1975, sob um clima kafkiano. O hospital Odilon Galotti voltou ao funcionamento asilar tradicional. O que resta, ao falarmos sobre o término da experiência, é lembrar as palavras de Guimarães Rosa: “O fim? Quem sei. No real da vida, as coisas acabam com menos formato, nem acabam. Melhor . Pelejar por exato, dá erro contra a gente. Não se queira. Viver é muito perigoso...” (Rosa 1979, p. 67).

Conclusão

As comunidades terapêuticas no Brasil diferiam da concepção essencialmente pragmática e adaptativa das experiências inglesas e norte-americanas. Em termos do seu significado político-ideológico, não expressavam somente um projeto de modernização da assistência psiquiátrica, mas encontravam-se comprometidas com o questionamento do regime político vigente. Pelo fato do movimento ter explodido em plena ditadura militar, tinham um componente ideológico marcante, configurando-se como um espaço de resistência política ao autoritarismo, capitaneado por psicanalistas progressistas. Constituíam, assim, um núcleo de resistência de psiquiatras vinculados ao projeto reformista da psiquiatria que, não encontrando condições de viabilidade numa sociedade cerceada, concentraram-se num espaço onde isto era possível: o interior dos hospícios. Nesse aspecto, a experiência brasileira não difere da observada em outros países da América Latina, como a Argentina, também sob o jugo

19 Jogo de sentido com a divisão da palavra “aspirações”, significando “as loucuras de uma comunidade terapêutica”.

de uma ditadura militar no período, onde comunidades terapêuticas, da mesma maneira, tornaram-se espaços de resistência política dirigidos por psicanalistas de esquerda.

As comunidades terapêuticas brasileiras dos anos 1960 e 70 atraíram estudantes universitários que a elas acorreram em busca de uma atmosfera libertária, de um espaço de atuação onde se pudesse respirar. Em razão desse caráter de resistência, estabeleceu-se um mecanismo de certa forma reativo que levou às últimas consequências as características democráticas e coletivas da convivência, em contraponto à difícil realidade extra-hospitalar. Esse impulso para a construção de uma realidade utópica, como modo de suprir o cerceamento político vivido, chegou a ser identificado e trabalhado nas supervisões de equipe. Segundo Oswaldo dos Santos: “A gente tinha que dar supervisão mostrando que todo mundo queria o tratamento que o paciente estava recebendo. (...) Lindemberg Rocha me definiu o seguinte: sabe o que era aquilo? Era um sonho. Como a gente não tinha a liberdade, a gente sonhava que aquilo era a liberdade”.²⁰

O modelo de funcionamento das comunidades terapêuticas mostrou-se marcado, desde sua origem, pelo artificialismo intrínseco de um projeto ideal de grupo social disfarçado de projeto clínico-psiquiátrico, regido por princípios psicanalíticos e voltado para a readaptação social de seus membros. Ao ser implantado nas condições particulares da sociedade brasileira (mais pobre, mais desigual e mais autoritária que as sociedades nas quais se originaram as comunidades terapêuticas), essas contradições ficaram mais evidentes. No entanto, é justamente por terem atingido o auge de sua divulgação durante o regime militar que as comunidades terapêuticas no Brasil alcançaram um inegável sucesso, capaz de despertar a adesão apaixonada de tantos que a ele se dedicaram. As circunstâncias históricas redimensionaram o projeto, forjando-o de acordo com o seu tempo e lugar.

Inegavelmente, as comunidades terapêuticas injetaram um sopro de liberdade e renovação nos hospícios brasileiros e contribuíram para a consolidação da psicanálise como um elemento de ponta no atendimento aos psicóticos. A experiência das comunidades terapêuticas marcou o ideário de uma geração inteira de profissionais psi, que passou a trabalhar disposta a agir de modo diferente, após viver a intensa experiência de assimilação que elas permitiram. Uma nova postura ética, incluindo a escuta, a interlocução e o respeito à pessoa do doente mental, foi gerada pela experiência e permaneceu como uma marca indelével na atividade clínica daqueles que desfrutaram o seu legado.

BIBLIOGRAFIA:

Aguiar, Neuma (1978) - - “Hospitalização Autoritária” - *Revista Dados*, n. 19, (27-45); Rio de Janeiro.

Bastos, Othon (1964) - “Esboço de Comunidade Terapêutica em Unidade Psiquiátrica de um Hospital Universitário” - *Neurobiologia*, 27:1. Recife.

Bastos, Othon (1966) - “Novas Considerações sobre um Projeto de Comunidade Terapêutica” - in *Neurobiologia* 29: 2 (mimeo).

Birman, Joel & Costa, Jurandir Freire (1994) - - “Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária” - in *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica* - Amarante, Paulo (Ed.) (Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz).

Birman, Joel & Luz, Liana (1969) - “Colagem de Doentes Mentais na Comunidade Terapêutica da Seção Olavo Rocha do Hospital Odilon Galotti” - Rio de Janeiro: SNDM (mimeo).

Blaya, Marcelo (1963) - “Ambientoterapia: Comunidade Terapêutica” - *Arquivos de Neuropsiquiatria*; 21:1 p. 39-43, São Paulo.

Caudill, William (1966), *El Hospital Psiquiátrico como Comunidad Terapéutica* (Buenos Aires: Editora Escuela).

20 Entrevista com Oswaldo dos Santos (1992).

- Cerqueira, Luiz (1965), *Pela Reabilitação em Psiquiatria (da praxiterapia à comunidade terapêutica)* (Oficina Gráfica da Universidade do Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Participação).
- Cerqueira, Luiz (1984) *Psiquiatria Social: Problemas Brasileiros em Saúde Mental* (Rio de Janeiro: Atheneu).
- Costa, Carlos Werley; Santos, Oswaldo; Alves, Sônia; Birman, Joel; Luz, Liana; Santos Jr., Plínio & Dias, Alfredo (1969), “A Comunicação Não-verbalizada, em Termos de Diálogo, numa Comunidade Terapêutica”. Trabalho apresentado ao IX Congresso Brasileiro de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental. Rio de Janeiro. (mimeo)
- Ferrão, Laertes; Azoubel Neto, David & Gimenes, Felix (1960), “A Terapêutica pelo Clube de Psiquiatria” *Revista Psicologia Normal e Patológica*. São Paulo, VI: 115-128.
- Figueiredo, Ana Cristina (1986), *Estratégias de Difusão da Psicanálise*. Dissertação de Mestrado do Curso de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da PUC. Rio de Janeiro.
- Macedo, Maurício Roberto Campelo (1981), *Políticas de Saúde Mental no Brasil* Dissertação de Mestrado do Instituto de Medicina Social/UERJ – Rio de Janeiro.
- Osório, Luis Carlos (1970) – “Comunidade Terapêutica Infanto-juvenil: avaliação de uma experiência” in *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* Vol. 19 n. 3 e 4 (133-268). Rio de Janeiro.
- Perestrello, Marialzira (1988), “Primeiros Encontros com a Psicanálise: os Precursores no Brasil (1899-1937)” in Figueira, Sérvulo (Ed.) *Efeito Psi: a Influência da Psicanálise*. (Rio de Janeiro: Campus).
- Resende, Heitor (1987), “Políticas de saúde mental no Brasil: uma visão histórica” – in *Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Tundis, Silvério & Costa, Nilson do Rosário (Eds.) (Rio de Janeiro: Vozes).
- Rosa, João Guimarães (1979), *Grande Sertão: Veredas* (Rio de Janeiro: José Olímpo).
- Russo, Jane Araújo (1991), *O Corpo contra a Palavra*. Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Museu Nacional/UFRJ – Rio de Janeiro.
- Sampaio, José Jackson Coelho (1988), *Hospital Psiquiátrico no Brasil: a sobrevivência do asilo e outros destinos possíveis*. Dissertação de Mestrado do Instituto de Medicina Social/UERJ – Rio de Janeiro.
- Santos, Oswaldo (1967), “Destino da Praxiterapia em uma Comunidade Terapêutica” in *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 16(3-4): 279-299. Rio de Janeiro.
- Santos, Oswaldo (1962), “Terapêutica Ocupacional: Métodos de Investigação e Tratamento” in *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* Vol. 11 n. 1 e 2 (67-92). Rio de Janeiro.
- Santos, Oswaldo (1970), “Resistência à Mudança: Comunidade Terapêutica” – relatório oficial ao I Congresso de Comunidades Terapêuticas. São Paulo (mimeo).
- Santos, Oswaldo (1964), “Uma terapêutica Ocupacional de Grupo” – in *Jornal Brasileiro de Neurologia, Psiquiatria e Saúde Mental*. 13 (2): 205-218. Rio de Janeiro.
- Santos, Oswaldo & Simplício, Wilson (1967), “Dinâmica de uma Comunidade Terapêutica” in *Revista Brasileira de Saúde Mental* – 13 (11) pgs. 54-72. Rio de Janeiro.
- Santos, Oswaldo; Barbosa, Jorge & Amorim, Maria Lúcia (1969), “Música e Poesia como Comunicação à Comunidade Terapêutica” SNDM: Rio de Janeiro. (mimeo)
- Santos, Oswaldo; Rezende, Oswaldo; Oliveira, Leda; Brigagão, Alba; Mckail, Feodora & Silveira, Ronaldo (1970) “Dados

- Comparativos Antes e Depois da Comunidade” – in *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 19: (64-66). Rio de Janeiro.
- Seldin, Jacob; Rocha, Lindemberg; Pereira, Antonio Celso; Nobre, Jair; Oliveira, Leda & Santos, Gildete (1969) “Técnicas Grupais na Comunidade Terapêutica da Seção Olavo Rocha do Hospital Odilon Galotti”. Rio de Janeiro: SNDM (mimeo).
- Teixeira, Manoel Olavo (1993), *O Cristal de várias Faces: a psicanálise, o campo de saber psiquiátrico e as comunidades terapêuticas*. Dissertação de mestrado em psiquiatria do Instituto de Psiquiatria da UFRJ – Rio de Janeiro.
- Tuma, C.; Graeff, H.; Silveira, M. & Silveira, E. (1966) , “Comunidade Terapêutica: Base de Tratamento Psiquiátrico”. Trabalho apresentado ao VII Congresso de Psiquiatria, Neurologia e Higiene Mental, julho, 1965 in *Neurobiologia* 29: 1.
- Walton, Henry (1983), “In-patient care and therapeutic communities” in *Handbook of Psychiatry* vol. 4 Russel, Gerald & Hersov, Lionel (eds.) (New York: Cambridge University Press).
- Wilensky, H. & Herz, M. (1966), “Problems Areas in the development of a Therapeutic Community” in *International Journal of Social Psychiatric*, v. 12, n. 4, London.

Identificação do autor:

Manoel Olavo Loureiro Teixeira

Doutor em psiquiatria pelo Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Pesquisador adjunto do Instituto de Pesquisas Clínicas Evandro Chagas/FIOCRUZ e médico psiquiatra do Instituto de Psiquiatria da UFRJ.

Endereço: Praça Radial Sul, 87/ 203 – Botafogo – CEP 22260-070 – Rio de Janeiro, RJ – Brasil.

e-mail manoelolavo@gmail.com