

O Dilema do Uso de Atividades Terapêuticas nos Hospitais Psiquiátricos Brasileiros

Selma Lancman*

Os hospitais psiquiátricos brasileiros surgem influenciados pelo tratamento moral francês, que tinha na ocupação dos internos forte alicerce terapêutico. Com a evolução desses princípios, a terapia ocupacional modernizou-se ao incorporar novas teorias e técnicas, mantendo no entanto os objetivos ocupacionais.

Atualmente existe no Brasil uma grande polêmica entre o uso terapêutico e ocupacional das atividades nos hospitais. A ocupação e a terapia ocupacional são sinônimos? A ocupação é terapêutica por si só?

Com o objetivo de responder a essas questões, realizamos uma pesquisa durante um ano em um hospital psiquiátrico brasileiro, onde emprestamos metodologia comumente utilizada nas ciências sociais que se baseia na observação e análise dos discursos e práticas dos vários atores envolvidos na rotina institucional - pacientes, servidores, técnicos (inclusive terapeutas ocupacionais).

Como resultado verificamos, entre outros aspectos, que o uso das atividades tem significado distinto para esses atores, e em geral transcende os objetivos terapêuticos, sendo por vezes associado à exploração da mão-de-obra dos internos nos afazeres de limpeza e manutenção da instituição. A pesquisa também discute a realização de atividades como importante termômetro de sanidade.

O Surgimento dos Hospitais Psiquiátricos no Brasil - Breve Histórico

Os hospitais psiquiátricos surgem na história da humanidade, somente no final do século XVIII na França.

* Professora Assistente do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional. DEFITO/UFSCar.
Mestra em Saúde Pública.

ça. Antes disso, os loucos, quando internados, eram abrigados nos chamados hospitais gerais, juntamente com outros desvalidos, como por exemplo, venéreos, tuberculosos, idosos, pacientes terminais, etc. Esses hospitais eram na verdade grandes albergues, onde não havia tratamento médico nem as características dos hospitais de hoje. Os asilos psiquiátricos surgiram da constatação de que nesses hospitais gerais os loucos não podiam ser tratados, porque eles necessitavam de um local próprio, que atingisse a especificidade de sua problemática.

Esse movimento, que lutou pela criação dos asilos psiquiátricos, foi chamado de movimento alienista e a intervenção que propunha ficou conhecida como tratamento moral. O tratamento moral parte da construção teórica de que o doente mental é portador de uma desordem interna, implícita a ele, e que o asilo deve apresentar características na sua constituição física, organização e modo de funcionamento, que possibilitem, através da ordem externa, ambiental, restabelecer o equilíbrio interno dos indivíduos. Dessa forma o asilo e a psiquiatria não existiam um sem o outro.

No Brasil, o nascimento da psiquiatria está associado à criação do hospital Dom Pedro II, no Rio de Janeiro, em meados do século XIX, o qual surge profundamente influenciado pelo movimento alienista francês mantendo dessa forma os princípios e influências do tratamento moral.

Entre as características de funcionamento do asilo, previstas no tratamento moral, destacavam-se uma série de dispositivos que tinham a finalidade de destruir a loucura através da introjeção por parte do louco dos princípios morais. Entre esses dispositivos destacavam-se o isolamento, a vigilância, a organização do espaço terapêutico, a repressão, o controle e a ocupação do tempo do internado.

O isolamento no interior dos hospitais justificava-se em primeiro lugar pela necessidade de separar o louco das causas sociais e familiares que motivaram sua loucura. Em segundo lugar visava garantir que as intervenções terapêuticas fossem aplicadas sem que nenhum contato externo atrapalhasse esse processo. Dessa forma, o isolamento do louco visava protegê-lo das várias influências e olhares externos.

O espaço terapêutico devia ser organizado para que os pacientes fossem distribuídos no seu interior de forma tal que a convivência se estabelecesse de modo or

denado e regular. Nesse sentido, o asilo se caracteriza por ser um espaço classificatório que localizava os internos no seu interior a partir de categorias nem sempre médicas, tais como: sexo, procedência social, diagnóstico, além de critérios pouco objetivos, tais como: tranquilo/agitado, limpo/sujo, etc.

A vigilância no interior do asilo era feita de forma tal que dispunha os loucos num espaço físico que permitisse que eles fossem observados a qualquer momento. Com isso, a possibilidade contínua do olhar vigilante deveria ser introjetada pelo interno garantindo com isso um funcionamento automático do poder.

Era necessário também um sistema de repressão e controle sobre os internos que assegurasse que a ordem interna fosse mantida a qualquer momento, que garantisse a docilidade e a submissão dos loucos. Dessa forma, existiam dentro do asilo uma série de dispositivos repressivos que podiam ser utilizados a qualquer momento com a finalidade de acalmar os internos, mas principalmente de submetê-los, mediante a ameaça constante da possível utilização desses instrumentos. Entre eles, destacam-se o isolamento em quartos individuais, a camisa de força, castigos disciplinares, etc.

Entre todos esses dispositivos, o trabalho do interno era considerado um dos mais importantes, na medida em que o trabalho deveria organizar e encadear o tempo de interno de forma a afastá-lo dos pensamentos loucos.

Dessa forma, o trabalho era um princípio a ser interiorizado:

"A essa realidade corresponde a teoria psiquiátrica do trabalho como principal meio de cura, afirmando que sua principal finalidade não é a busca do lucro, mas o próprio trabalho como princípio a ser interiorizado, como um bem que deve ser adquirido. Trabalho significa coordenação dos atos, atenção, obediência a um encaideamento de fases da produção que permitirá chegar ao produto; significa existência de regras às quais o alienado deve se adequar. É uma fonte poderosa de eliminação da desordem, da submissão a uma sequência coordenada e ordenada. O trabalho permite o controle de cada ato, de cada gesto; permite coordenar e ordenar o corpo e a mente. O trabalho é, portanto, em

si mesmo terapêutico, ocupando assim uma posição central no tratamento". (1)

É sobre essa constatação dos efeitos e benefícios do trabalho no interior dos asilos que se desenvolve uma abundante literatura relativa ao trabalho terapêutico e posteriormente à Terapia Ocupacional. É importante destacar que essa visão nasce de acordo com uma determinada visão de loucura e de assistência psiquiátrica, o tratamento moral.

A Psiquiatria Brasileira Hoje

No Brasil, assim como em outros países do terceiro mundo, além das questões específicas da psiquiatria, há um outro aspecto bastante relevante. O processo de industrialização e o capitalismo ocorrem de uma forma bastante desigual, deixando como rastro um número exagerado de indivíduos marginalizados e sem inserção regular nos meios de produção. Esse excedente tende a se aglutinar nos grandes centros urbanos e paulatinamente vai atingindo grandes proporções. Essa população vive miseravelmente e sem condições de ser absorvida pelo mercado de trabalho, de uma forma que lhes permita condições mínimas de sobrevivência. Essa situação é agravada com a recente crise econômica e social existente no Brasil, que aumenta a recessão, e conseqüentemente o desemprego.

E o asilo psiquiátrico acaba alargando seu âmbito e acumulando ao seu papel médico-curativo funções sociais nem sempre explícitas de abrigo, exclusão e normatização dessa população marginalizada. Essa população, pelas dificuldades de viver na sociedade, encontra no asilo um albergue definitivo e uma forma de resolução paliativa de seus problemas. Isso pode ser constatado no interior dos hospitais públicos, inchados com mendigos, desempregados e pessoas que em condições sociais favoráveis, poderiam viver com seus familiares.

Não é suficiente, no entanto, compreender o a

(1) MACHADO, Roberto. Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1978 - p.441.

asilos público segundo o velho chavão "lixreira do sistema"; mesmo porque, o excedente populacional excluído dos meios de produção é muito maior do que as vagas existentes nos hospitais psiquiátricos. Na verdade, estes locais, aliados a outras instâncias repressivo-normativas exercem importante papel de controle desta população marginal, não somente aprisionando e anestesiando alguns, mas principalmente mediante uma ação classificatória sobre as demais. Afinal é através destas instituições, que se cria um padrão de normalidade extensível a todos.

O papel das instituições psiquiátricas portanto transcende o de tratamento da doença mental, segundo o modelo médico-curativo com o qual ela tradicionalmente se identifica. No entanto, os asilos mantêm esta aparência e cumprem em parte essa função, como forma de legitimar a sua existência. Para isto eles se revestem de um aparato médico-assistencial, contratando técnicos especializados em número insuficiente e investindo em programas humanizadores paliativos por vezes fadados a não dar certo e que terminam colaborando para manter e mascarar esta situação.

O tratamento moral, como vimos anteriormente criou um espaço específico para o tratamento dos loucos, visando sanar as limitações que os hospitais gerais apresentavam. Acreditava-se que esses limites ocorreriam pelo acúmulo de atribuições e pela diversidade de população existente, que impossibilitavam aos hospitais gerais de exercer as funções de cura da doença e em particular das doenças mentais. No entanto, as críticas que os alienistas faziam aos hospitais gerais antes do surgimento dos asilos psiquiátricos assemelham-se às críticas que se faz hoje a esses locais, ou seja, o surgimento desses asilos não soluciona as principais questões que motivaram a sua criação. Como exemplo disso, podemos notar que os atuais hospitais brasileiros mantêm uma população de internos indiferenciada quanto ao diagnóstico, faixa etária e tempo de internação, não oferecem tratamento eficaz, e os que se internam terminam se cronificando, ficando nos hospitais por tempo indeterminado.

Após quase 200 anos do surgimento dos hospitais psiquiátricos, há uma concordância entre seus estudiosos sobre a sua não eficácia enquanto instrumento de cura das doenças mentais. Essa concordância se dá devido à constatação de que as pessoas internadas não retornam, terminando por se cronificar e por morarem definitivamente nesses asilos ou ainda passando a se reinternarem

sucessivamente. No entanto, os motivos dessa cronificação são em geral entendidos como consequência do próprio quadro nosológico que motivou a internação, reforçando com isso a imagem da irrecuperabilidade da doença mental. Com isso, não se questiona, nem se avalia a positividade da manutenção dessas instituições nos moldes em que elas se encontram.

A atual organização e modo de funcionamento dos hospitais psiquiátricos continua sendo marcado pela influência do tratamento moral acrescido de outros princípios que se somaram ao conceito de psiquiatria e doença mental, modificando aparentemente o sentido das intervenções. Assim, à compreensão moral da loucura, pautada na idéia do asilo como principal instrumento de cura, acrescentam-se as teorias organicistas que desenvolveram sofisticadas técnicas de contenção química da sintomatologia psiquiátrica, mediante a utilização crescente, e hoje totalmente incorporada, dos psicofármacos. Somam-se ainda as técnicas psicologicistas e psicanalíticas que propõem diferentes formas de intervenção na loucura. Essas mudanças não só não diminuíram as internações nos asilos, como transcenderam seus limites. Da mesma forma que a psiquiatria introduziu novos saberes ao asilo, ela hoje não se reduz mais a ele, ampliou seu âmbito para os ambulatórios de saúde mental, centros de saúde e comunidade. Com essa ampliação, a psiquiatria passa a intervir e medicalizar um contingente maior de indivíduos.

Os saberes e práticas acumulados ao longo dos anos, apesar de pressuporem diferentes concepções nosológicas e além de propor formas de intervenção diversas, passam a conviver e dividir os mesmos espaços institucionais.

Essa convivência poderia aparentar uma incompatibilidade que, no entanto não ocorre, mas o que há é uma somatória de propósitos. O caráter médico dos psicofármacos e sua intenção de influir na sintomatologia psíquica, no delírio, não está desvinculado do seu caráter repressivo e normatizador. Ou seja, o processo de utilização dos psicofármacos não só não se opõe ao tratamento moral como o completa e o reforça.

Com relação às chamadas abordagens psicoterápicas, essas não se introduzem enquanto práticas no interior dos hospitais. Na verdade, os técnicos com formação e em condições de utilizá-la envolvem-se em questões humanizadoras do asilo e em tentativas de resgate de aspectos que a própria internação psiquiátrica retira. co

mo, por exemplo, o direito de expressão, a iniciativa, a possibilidade de tomada de decisões dos internos que são, frequentemente, retirados no dia-a-dia institucional. Ou seja, a prática técnica dentro dos hospitais destina-se a amenizar os efeitos gerados pelo próprio asilo.

No entanto, nos parece simplista acreditar que existem saberes monolíticos que se opõem e se somam uns aos outros como uma equação matemática, e simplista não reconhecer que existem saberes e práticas que se somam e se opõem a cada momento nos vários níveis e nos grupos de agentes que constituem a rotina institucional.(2)

Um exemplo dessa heterogeneidade de propósitos pode ser observada hoje na utilização da terapia ocupacional. A idéia do trabalho enquanto instrumento de cura é antiga, e foi bastante enfatizada como pudemos observar no tratamento moral. No entanto, o uso das atividades terapêuticas enquanto instrumento no tratamento da loucura também evoluiu. A moderna terapia ocupacional terminou incorporando ou sendo incorporada por essas novas concepções que foram surgindo ao longo dos anos, e com isso avançando seus princípios e objetivos terapêuticos, assim como seus instrumentos de trabalho.

Dessa forma, surgiram na terapia ocupacional concepções organicistas que previam a utilização de atividades terapêuticas para alívio dos sintomas psíquicos e como um importante colaborador da medicina psiquiátrica. Posteriormente com os estudos dos Fidler, a terapia ocupacional incorpora os princípios da psicodinâmica ampliando com isso, ao uso das atividades objetivos de promover o auto-conhecimento e de conscientização de processos inconscientes.

Assim como na psiquiatria, esses diferentes modelos e princípios de utilização das atividades não anulam uns aos outros, convivem nos mesmos espaços, somam-se

(2)

"A ação institucional nada mais é do que a prática de um de seus agentes, mandantes, clientes, etc. Ou, mais precisamente, o resultado de relações sociais entre agentes e mandantes ou agentes e clientes, e assim por diante. Ora, a prática de cada um desses atores é, com frequência, divergente, e muitas vezes complementar e contraditória com relação às outras. A prática institucional é, portanto, o resultado das práticas conflitantes dos diversos agentes". GUILHON DE ALBUQUERQUE, J. A. Metáforas da Desordem, Rio de Janeiro, Paz e Terra, p.74.

e sobrecõem-se. Com isso, ampliam significativamente o campo teórico da profissão mas, sem no entanto elaborar um questionamento mais profundo sobre o significado dessas diferentes propostas de intervenção.

No Brasil, por exemplo, ocorre de profissionais de terapia ocupacional acreditarem poder utilizar um ou outro modelo, a depender do local de trabalho, necessidade imediata dos pacientes e grau de cronicidade. Por exemplo, acreditam poder realizar um trabalho mais sintomatológico com pacientes em surto agudo, mais moral com pacientes crônicos, mais dinâmico com os mais preservados. Acreditam ser possível abarcar e somar os vários princípios como uma equação matemática, e como se a utilização de uma ou outra visão não dependesse de diferentes ideologias e visões de mundo, concepções de loucura e de terapêutica.

Um outro aspecto importante no Brasil, é que o trabalho terapêutico sempre é muito valorizado a nível dos discursos políticos e nos planejamentos das políticas de saúde mental, e ainda, sempre que a psiquiatria entra em crise se aponta para a terapia ocupacional como forma de solução. No entanto, ela nunca se generaliza dentro das instituições como um bem comum para a maior parte dos internados. Ela nunca se efetiva de fato: os profissionais quando contratados sempre são em número reduzido e encontram condições de trabalho limitantes e que por vezes inviabilizam o seu trabalho.

Dessa forma, ficam algumas interrogações sobre o porquê dessas contradições. Perguntamo-nos inicialmente se há realmente uma crença séria entre os planejadores da saúde mental sobre os benefícios da terapia ocupacional, ou ainda, se existe alguma incompatibilidade entre a ocupação terapêutica e as instituições psiquiátricas da forma como elas estão constituídas, uma vez que essas contradições existem desde o início dessas instituições. Por outro lado, reconhecemos existir uma confusão entre terapia ocupacional e a ocupação do tempo do internado com algum tipo de atividade laborativa dentro dos hospitais.

Com essas preocupações, em recente pesquisa realizada em um grande hospital psiquiátrico público,(3)

(3)

Essa pesquisa engloba além da questão das atividades e da terapia ocupacional uma série de outros aspectos da dinâmica institucional. Entre eles, trabalhamos com a

procuramos detectar entre outros aspectos, a visão que os vários agentes institucionais têm da ocupação e da tarefa ocupacional dentro desse hospital. Nos interessava responder essas questões a partir da visão dos próprios agentes institucionais que praticam a instituição no seu dia-a-dia. Dessa forma, optamos como metodologia pela análise do discurso desses agentes. Para isso realizamos 70 entrevistas enfocando os internos, os funcionários e os técnicos de nível universitário.

Entendemos que as opiniões dos diversos agentes não são individuais e sim efeitos de relações sociais e que ao nível da análise dos discursos, a experiência de vários pesquisadores tem mostrado que, independentemente da opinião de cada ator concreto, o discurso institucional que ele enuncia é muito uniforme. Isso significa que após algumas entrevistas se observa uma convergência nas citações e referências desses agentes. Essa constatação nos permitiu trabalhar com uma amostra racional, sem que houvesse a necessidade de que ela fosse estatisticamente significativa.

Também julgamos importante acrescentar à análise do discurso a observação dos elementos extra-discursivos, ou seja, as condições sociais de produção desses discursos, e o espaço social onde esses discursos nascem e se reproduzem. Dessa forma além das entrevistas, realizamos uma longa observação das práticas institucionais que se prolongou por um ano.

As entrevistas, foram transcritas e classificadas segundo as categorias, que desejamos estudar. Fude-mos então analisar o que essas categorias tinham de semelhante ou de contrastante. Essa análise, aliada à nossa observação nos permitiu construir algumas concepções apresentadas nesse trabalho. As entrevistas utilizadas como citações são acompanhadas de uma letra e um número. A letra corresponde a posição institucional de cada entrevistado (utilizamos a letra P para os internos, a letra F para os funcionários e a letra T para os técnicos). O número que segue as citações corresponde a numeração de cada entrevista, o que permite identificar se as diferentes citações pertencem ao mesmo entrevistado.

relação entre os diferentes agentes e a visão que tem da loucura e da instituição. Essa pesquisa intitulada "A Loucura do Outro: O Juqueri no discurso de protagonistas", e faz parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre, no Programa de Mestrado de Saúde Comunitária na Universidade Federal da Bahia.

O hospital escolhido para a realização dessa pesquisa foi o Juqueri, por seu tamanho e importância e por representar a nível de opinião pública o protótipo de uma instituição pública problemática. O Juqueri é subordinado administrativamente à Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e fica localizado a 40 km da capital. Foi inaugurado em 1898 e possui cerca de 4200 pacientes e 3400 servidores. É subdividido em um Hospital Central e mais nove colônias de reabilitação. Nessa pesquisa, devido ao tamanho do hospital e às características peculiares de cada colônia concentramos-nos no Hospital Central, que por sua vez subdivide-se em seis clínicas, dois lares abrigados, um serviço de pré-internação, e um pavilhão para o atendimento de casos agudos. Possui cerca de 750 pacientes.

A Ocupação dos Internos no Juqueri

Procuramos inicialmente analisar o significado que tem para os internados o trabalho que eles realizam dentro do hospital. Posteriormente analisamos como esse trabalho é visto pelos demais: funcionários e técnicos.

Os internos do Juqueri em geral encontram-se no hospital há muitos anos (4) e encontram no Juqueri um espaço definitivo de moradia, quer pelo diagnóstico de doente mental que trazem e que dificulta a sua saída, quer pelo distanciamento familiar e/ou dos meios de produção, quer pela mesma situação de exclusão que desencadeou a internação.

Dessa forma, como vimos anteriormente, existe no Juqueri, uma população bastante diversificada de internos, composta por pessoas com problemáticas diversas que têm como fator comum os longos anos de internação. Essa população, embora diferenciada, habita as mesmas clínicas, não havendo critérios claros de separação por especificidade.

Com relação à terapia ocupacional, existe no hospital um setor de Terapia Ocupacional, onde há atividades de costura, pintura, bordado, e trabalhos manuais. Esse local é supervisionado por terapeutas ocupacionais e conta ainda com diversos auxiliares. Como a localização desse setor é externa às clínicas seu acesso acaba ficando restrito a uma pequena parcela de internos que são os que podem circular livremente pelo hospital. As a

tividades realizadas pelos internos nesse setor são vendidas numa lojinha existente no hospital e o dinheiro arrecadado vai para um Fundo Especial de Despesa como veremos adiante.

Por outro lado, são os internos que realizam praticamente todo o trabalho de manutenção e limpeza do hospital e das clínicas. Dessa forma, acaba havendo uma confusão entre o trabalho realizado na terapia ocupacional e esse trabalho braçal que os internos realizam no lugar dos funcionários.

Quando perguntamos aos internos sobre o trabalho que eles realizam e sobre a terapia ocupacional, percebemos que eles se remetem a esse trabalho de manutenção e limpeza. Mesmo os internos que frequentam este setor também não discriminam o trabalho que realizam nas clínicas da Terapia Ocupacional.

"lavo o chuveiro, encero o quarto, varro a varanda, é uma espécie de terapia ocupacional".

P21

Os internos gostam de trabalhar, trabalhar para eles é uma forma de passar o tempo, o ócio é entendido como adoecedor. Estar trabalhando também é uma forma de estar adaptado, integrado. Os internos julgam que o trabalho que realizam é fundamental para o funcionamento da instituição e que o hospital pararia caso eles parassem.

"o Juqueri para se os internos param e não trabalham mais, tudo aqui é movimentado pelos internos, cozinha, lavanderia". P20

Para os pacientes, se sentir produtivo é uma forte medida da sua sanidade, do seu engajamento e de "status". É o trabalho que vai lhes permitir o acesso a determinados ambientes (cozinha, gráfica, sistema de transportes, lavanderia, postos de enfermagem, etc.) vedados à maior parte deles. O interno introjetado e reproduz a ideologia tão comum no nosso meio de que o estar "são", "adaptado", está diretamente associado ao estar trabalhando, estar engajado em alguma atividade produtiva.

"Porque passar o dia todo assim (sem fazer nada) a pessoa vai ficando cada vez mais doente.

então o trabalho ajuda, incentiva a pessoa". P35

"Fui me adaptando à vida do hospital, e comecei a prestar serviço no escritório". P35

"E se a gente ficasse o dia todo sem fazer nada, só deitado não melhora nada, precisa de uma atividade". P22

"Porque nós gosta mesmo de trabalhar, nós gosta de fazer o serviço nosso, onde nós dorme, é bonito". P28

Na medida em que a população de pacientes é muito diferenciada, para os internos, estar trabalhando é o que vai diferenciar louco de não loucos. O trabalho é um atributo dos "conscientes", e como os internos querem se diferenciar dos mais comprometidos procuram se aproximar do grupo de "conscientes" e do grupo de funcionários.

"Só os conscientes trabalham, porque os outros não entendem de serviço, não sabe pegar numa vassoura". P30

"Aqui sofre quem quer, os mais conscientes que tem força prá trabalhar, tem tanto servicinho prá fazer". P34

Essa diferenciação que os internos fazem entre conscientes/trabalhadores e não conscientes/ociosos está diretamente ligada a forma como eles são vistos e diferenciados pelo trabalho que realizam. Dessa forma, o interno que trabalha ganha uma série de privilégios em relação aos demais. Ganha liberdade de circulação pelo hospital, fumo, café, objetos de higiene pessoal, roupa à paisana e direito de dormir e frequentar locais diferenciados. Alguns desses "prêmios" são adquiridos pelos funcionários, outros, embora sejam fornecidos pela instituição, ficam sob a guarda dos funcionários que os distribuem segundo critérios próprios.

"Eu comecei a trabalhar, arrumar a cama, ajudar a limpar o refeitório, aí eu tinha liberdade de sair". P33

"Passeando ali fora s6 os pacientes que trabalham: eu dou um duro lascado". P30

"Ganho fumo, trabalho pr6 comer e me vestir".
P20

Dessa forma, 6 no 6mbito dos privil6gios que parece residir a maior motiva66o dos internos para o trabalho que realizam. Vale ressaltar que, como as atividades ocupacionais e laborativas n6o s6o generalizadas para a maioria dos internos, elas ficam circunscritas ao 6mbito dos privil6gios.

Privil6gios s6o, dentro das institui66es fechadas e dentro do Juqueri, uma das mais fortes express6es das rela66es de poder existentes l6 dentro. S6o ganhos mediante a sujei66o a determinadas regras: ser consciente; boa conduta; confian6a obtida pelos anos de conviv6ncia. No Juqueri os privil6gios existem principalmente, quando os internos realizam trabalhos dentro das cl6nicas que deveriam ser de responsabilidade dos funcion6rios (limpeza, distribui66o de alimentos, aux6lio nos cuidados a outros pacientes).

6 importante diferenciar privil6gios de direitos. Segundo Buarque de Holanda (5), direito 6 algo que o indiv6duo incorpora de modo definitivo e que por isso pode ser exigido; privil6gio 6 uma vantagem que se concede a algu6m e que implica na exclus6o de outra pessoa e que, portanto, 6 contra o direito comum. Sendo assim, o sistema de privil6gios vem garantir uma disciplina e uma subordina66o que pode ser reavaliada a qualquer momento.

O sistema de privil6gios cria um efeito disciplinador, por ser ele a moeda corrente dentro da institui66o, al6m de garantir a explora66o da m6o de obra do interno:

"A vida aqui 6 todo dia ir pr6 lavanderia, pr6 lavar roupa, l6 a gente ganha cigarro". P31

"Cigarro, doce, sabonete... isso 6 pr6 quem trabalha, al6m da regalia de ter liberdade".
P32

(5) BUARQUE DE HOLANDA, A. Novo Dicion6rio da L6ngua Portuguesa. 13.ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, s.d., p.438 e p.1138.

"Trabalho porque não estou morto, estou vivo, se tivesse morto não trabalhava, prá passar as horas, dá um pouco de liberdade". P32

O trabalho sempre é compreendido como um dos principais instrumentos de cura, e mesmo nos dias de hoje, quando ocorrem crises nas instituições psiquiátricas, as soluções apontadas são as de uma maior ocupação do interno e da introdução ou reforma da Terapia Ocupacional.

No entanto, nunca se efetiva uma proposta de terapia ocupacional séria, que realmente se efetive para a massa de internados. Contraditoriamente, tanto as atividades realizadas na terapia ocupacional como os trabalhos que os internos prestam nas clínicas, acabam ficando restritas aos "conscientes", ou seja, a uma população que supostamente não precisa de tratamento. Um dos motivos dessa contradição pode ser explicado, ao nosso ver, pela associação do "trabalho terapêutico" ao sistema de privilégios, que por sua vez, como já vimos anteriormente, está diretamente ligado à disciplina e manutenção da ordem.

Outra grande contradição está na constatação feita pelos internos, de que os funcionários "seguram" os internos que trabalham, dificultando a sua saída do hospital, pois não querem perder seus colaboradores. Ou seja, o trabalho não só não está associado a uma terapia, como, muitas vezes pode dificultar a alta dos pacientes.

Além dos aspectos já apontados, em instituições como o Juqueri, sempre fica uma dubiedade entre os limites do trabalho terapêutico e da exploração da mão de obra do interno. Esta dubiedade está diretamente relacionada à questão da remuneração deste trabalho, pois se ele é terapêutico não deve ser remunerado porque faz parte do tratamento, mas se é um simples auxílio na manutenção do hospital, deve ser pago. Dessa forma, o "terapêutico" vem escanotear a exploração da mão de obra do interno:

"Já chega o que eu trabalho de graça pro Estado, porque se voltasse no nosso ordenado seria bom". P30

"Eles não pagam, a gente trabalha, eles não pagam nada, a gente não tem apoio financeiro". P33

Outra questão que se sobrepõe a da remuneração do trabalho dos internos, é o fato do "louco" ao ser internado, perder sua responsabilidade civil e com isso ficar sob a tutela do Estado.

Essa custódia retira dele uma série de direitos e, entre eles, o de poder ter dinheiro, o que na realidade não acontece porque o interno, efetivamente tem dinheiro, chegando mesmo a emprestar aos funcionários mediante a cobrança de juros. No entanto, esta proibição formal, faz com que se crie uma estrutura da burocracia do hospital para administrar os ganhos dos internos.(6)

Os funcionários encontram no Juqueri, uma fonte de emprego tradicional na região. Vão trabalhar lá muitas vezes sem vocação para as tarefas que terão que realizar, e pela falta de opções de trabalho que encontram terminam ficando no hospital por muitos anos e se

(6)

Um exemplo disso é o Fundo Especial de Despesa. Todo dinheiro ganho pelos internos, através da venda dos trabalhos que realizam na terapia ocupacional, é recolhido e encaminhado ao Fundo, e para repassá-lo existe um processo extremamente burocrático e moroso (passa por quatro instâncias administrativas até chegar nas Finanças). No entanto, o interno não recebe esse dinheiro integralmente: é cobrado um "imposto" referente ao custo do material que foi gasto para realizar o trabalho (em geral se usa sisal, madeira, arames). Como o material é adquirido pela Instituição, sobra uma quantidade no Fundo que é usada para financiar festas, excursões e dentaduras. Há ainda uma proposta que prevê a retirada dessa verba para pagamento da mão de obra dos que ajudam na manutenção do hospital. Ou seja, é o trabalho dos internos que financia essas pequenas rezealias (incluindo as dentaduras) e que vai remunerar o trabalho dos demais. Outro aspecto importante é de como os internos vão gastar esse dinheiro. À exceção dos que moram no Lar e que podem ir até à cidade, os demais não recebem o dinheiro na mão. São os funcionários que compram o que eles quiserem, e em algumas colônias existe uma cantina, onde o interno tem direito a uma cota de gastos, proporcional ao seu ganho. Essa cantina "vende" cigarros, doces e refrigerantes, e é administrada pelo Fundo. O lucro adquirido na cantina retorna ao Fundo.

caracterizando como uma população tão crônica quanto a dos internos.

Ao chegar no hospital, não recebem nenhum treinamento para as tarefas que irão desenvolver, e todo o conhecimento é passado boca-a-boca pelos funcionários mais antigos. Sentem dificuldades no compreender a problemática dos internos, os motivos da internação e as condutas técnicas. Tudo isso aliado a heterogeneidade da população com que lidam, leva-os a uma série de condutas arbitrárias. Essa arbitrariedade é fruto dessa falta de significação que encontram para a problemática da população com que trabalham e também pela falta de significação que eles tem dos objetivos do próprio trabalho.

Os funcionários temem a diferenciar os internos "conscientes" dos "pacientes de verdade". Os "conscientes" são aqueles que segundo eles não tem a internação motivada por causas psiquiátricas. Os "pacientes de verdade" são entendidos como sendo os deficientes mentais e é a população para quem os funcionários destinam seus cuidados.

Os funcionários são mal remunerados, e pela carência em que vivem terminam por disputar com os internos os benefícios que a instituição oferece. Sendo assim, por não compreenderem claramente os motivos da internação, nem terem uma posição clara sobre a problemática dos internos, por se sentirem carentes e explorados pelo tipo de trabalho que realizam e pela remuneração que recebem, sentem-se no direito de explorar os internos e usá-los como colaboradores. Os funcionários tendem a repassar para os pacientes a opressão a qual se sentem submetidos e chegam a desenvolver um sentimento de posse sobre o internado.

"Dois ou três ajudam assim constantemente, por que se não fosse eles, nós estaríamos perdidos... o mais pesado aqui é a limpeza, os pacientes ajudam". F31

"Porque esse terreno ocioso aí do Juqueri... o Juqueri podia se manter só com a terra que tem, oferece para cada funcionário (...) que cada funcionário tem direito a dez, quinze pacientes". F33

"Não que a gente queira que eles façam, a gente está fazendo junto, então cada funcionário

tem uma paciente prá ajudar. A gente traz sabo nete, cigarro, tudo que elas pedem a gente traz, cada funcionário tem o seu". F22

Como o hospital não fornece remuneração aos internos que trabalham, e eles para continuarem trabalhando precisam de algum estímulo, os funcionários procuram formas de gratificação para estimulá-los a continuarem trabalhando. E aí é que aparecem os privilégios. Há entre outras formas de pagamento, o fumo que é fornecido pelo hospital mas é distribuído pelos funcionários. Em geral o fumo fornecido é escasso e de má qualidade e então, por vezes, os funcionários compram cigarros com seus recursos para distribuírem aos seus "ajudantes":

"Então você compra um maço de cigarro e deixa guardado, quando ela te pedir você dá, ela vai te tratar bem, a gente dá cigarro, dá dinheiro". F21

"Não tendo fumo é esta agitação toda, porque eles não são obrigados a trabalhar prá gente". F22

A exploração da mão de obra do internado por vezes é escamoteada através do argumento da "integração social", do "trabalho profissionalizante", que serve de preparação para a "alta".

"Os médicos mandam eles trabalharem aqui prá eles terem uma distração, prá eles se desenvolverem mentalmente, ora quando a família vem visitar ou buscar, eles estão trabalhando". F2

"Nós não podemos aproveitar a mão de obra dele... tem que trabalhar prá devolver ao convívio social". F33

Apesar do trabalho que os internos realizam ser o mesmo que deveria ser feito pelos funcionários e eles tendem a desvalorizar as atividades feitas pelos pacientes, diferenciando-as das que eles próprios realizam. Essa desvalorização é a justificativa que acabam encontrando para a condição do trabalho dos internos e para a ausência de remuneração.

"Os pacientes que têm aqui, eles trabalham aqui dentro, serviço interno... ele não ganha nada aqui." F22

"Aqui é uma Clínica comum, os pacientes só trabalham aqui dentro, dependem daqui, vivem aqui ... o serviço que ele faz não requer nenhuma responsabilidade". F22

Os funcionários não compreendem as atividades que os terapeutas ocupacionais fazem com os internos no setor, e como a clientela que pode frequentar esse setor é a mesma que presta serviço nas clínicas, os funcionários tendem a "segurar" os internos prometendo privilégios, desvalorizando a terapia ocupacional e disputando com ela os pacientes. Ao mesmo tempo reclamam do ócio dos mais comprometidos, e acham que "alguém" deveria fazer alguma coisa para ocupá-los.

O grupo de técnicos - terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais e médicos - constitui-se em sua maioria, por pessoas jovens, recém-formadas, e que em geral vão trabalhar no hospital em busca de experiência, provisoriamente, e até obterem um emprego melhor. Também são mal-remunerados, e as condições de trabalho que encontram são tão adversas que terminam por vezes inviabilizando suas propostas de intervenção.

Os técnicos também discriminam os internos entre "conscientes" e "não conscientes" e também para eles, essa diferenciação está muito relacionada ao trabalho que os pacientes realizam dentro do hospital.

"As conscientes, as que ajudam, e as inconscientes que ficam no pátio, não é que tenham menos regalias, mas ninguém vai dar um presente pra uma paciente do pátio que não faça nada".

T10

"A fulana que sai é uma pessoa que colabora na clínica, que já nem tem porque estar interna da". T10

Dessa forma, os técnicos concordam que esses internos tenham privilégios e que vivam de forma diferenciada, além de acharem natural que os funcionários estabeleçam relações com os internos intermediados por esses

privilégios:

"Recebem um golinho de café, um pedaço de fumo, às vezes o simples fato de ter uma certa liberdade de sair". T1

"A mão de obra do paciente, o que normalmente a gente pode fazer é ele gozar de regalias".

T10

"Eles estão sempre ganhando alguma coisa e elas percebem que ganham, mesmo que seja um carinho". T12

Da mesma forma que a sanidade é associada ao trabalho que os internos desenvolvem dentro da instituição, a exploração da mão de obra se confunde com os efeitos terapêuticos obtidos com a realização do trabalho. Sendo assim, o que é valorizado é o processo de trabalho e não o seu produto final. O trabalho é entendido como ressocializante e possuidor de atributos que tornam por si só terapêutico, e que por isso não pode ser comercializado nem remunerado.

"A gente tem pacientes que trabalham (...) a gente incentiva esse tipo de atividade porque a gente acha que é uma forma de ressocializar".

T1

"O que importa não é o produto final, não é a quantidade, mas é a relação que está se estabelecendo do paciente com a atividade dele". T21

"Se você bota um cara que teve um surto esquizofrênico ali, se alienando efetivamente, só vai piorar a situação dele, não está pensando no trabalho em si, mas no produto, não há relação dele com o que faz". T1

Nesse sentido, se atribui um valor ao trabalho realizado no Juqueri diferente de qualquer outro. Por isso, há dúvidas sobre a necessidade de remuneração ou não dos internos pelas atividades que eles realizam dentro do hospital:

"A única coisa que eles querem mesmo é ganhar,

mas a gente tem muita dúvida disso". T2

"O problema da remuneração não é tão fundamental quanto o tipo de atividade que está desempenhando, que traga algum crescimento pra ele". T4

"Não que a gente saiba lidar com o paciente que vira e diz: mas eu quero meu dinheiro. A gente não sabe lidar com isso". T3

Por outro lado, os técnicos também reconhecem que o trabalho dos internos é um importante alicerce na organização do hospital, e percebem a exploração à que eles estão sujeitos. Mas por vezes mantém, frente a essa exploração, uma posição de constatação, distanciamento e indiferença. No entanto, reagem a ela quando, a relação de exploração aumenta muito o poder do funcionário, de forma que interfira no trabalho técnico:

"Eles têm aquele ritmo, saem de manhã, trabalham, almoçam em cinco minutos, têm que voltar pro trabalho, sábado e domingo é a mesma coisa, eles falam que fazem hora extra". T2

"Se pacientes parassem abruptamente em algumas áreas, eu creio que o Juqueri teria problemas". T4

"Quando ele trabalha na própria unidade ele se torna imprescindível, uma certa parte dos funcionários tenta boicotar o trabalho técnico". T4

"Eles estão vendo isso, parece que morreu (remuneração), não sei, os pacientes reclamam, dão tudo de si, trabalham e não vê nada, recebe comida, casa". T2

Há também alguns técnicos que, preocupados com a questão da remuneração do interno, participam de uma comissão que estuda essa questão e que procura modificá-la.

Como vimos anteriormente, existe no hospital um Fundo Especial de Despesa responsável pela administração do dinheiro angariado com a venda das atividades reg

lizadas pelos internos. No entanto, esse dinheiro não é repassado na íntegra, ficando parte dele guardado nesse Fundo. A comissão estuda a possibilidade de utilizar o dinheiro desse "imposto" para financiar o pagamento de atividades não rentáveis realizadas pelos internos (limpeza, transporte de alimentos, jardinagem, etc.). Ou ainda, que fique integralmente com aqueles que venderam suas atividades.

"Dinheiro pro Fundo não vai voltar, então o máximo que a gente está batalhando é que fique integralmente pro paciente". T3

"A gente já tá vendo desde o ano passado, tem uma comissão de remuneração que vai ver a remuneração prá ele". T2

Os técnicos em geral, e os terapeutas ocupacionais em particular, têm idéias e propostas sobre a utilização terapêutica das atividades. Essas idéias são por vezes construídas em cima de uma visão acadêmica distante da realidade que eles encontram no hospital. Os técnicos não conseguem se opor à estrutura que encontram, em basanda na utilização da mão de obra do internado e viabilizar a proposta terapêutica que sonham.

Na verdade, a questão não está somente na definição do uso terapêutico das atividades, mas na dificuldade que os técnicos encontram em formular propostas "terapêuticas" que façam sentido ao trabalho técnico dentro do hospital. Afinal, o que é terapêutico para uma população que não tem perspectivas de desinstitucionalização por todos os motivos já apresentados? O que acaba ocorrendo, é que os técnicos terminam se envolvendo em atividades burocráticas e administrativas, numa tentativa de humanizar a instituição e acabam se distanciando dos internados.

Conclusão

Nas instituições psiquiátricas, o trabalho sempre foi considerado terapêutico, na medida em que ele é visto como disciplinador. Ele é necessário para os loucos, pois o trabalho é um princípio a ser interiorizado. Nesse sentido a sua realização é terapêutica por si

só. A partir desse argumento, herdado do tratamento moral, quando surgem crises dentro das instituições, as soluções propostas em geral apontam para uma maior ocupação dos internos. Esse fato repetiu-se no Juqueri quando após uma grande crise contratou-se uma série de tarefas ocupacionais e de auxiliares de laborterapia, contratação que objetivava terminar com o ócio dos internos e dessa forma resolver os problemas institucionais. No entanto, o trabalho nunca se generaliza com um bem comum, ficando sempre restrito a uma minoria e vinculado ao sistema de privilégios.

A ocupação terapêutica dos internos se confunde com a exploração da mão de obra deles nas atividades de limpeza e manutenção do hospital, atividades que deveriam ser realizadas pelos funcionários que são contratados com essa finalidade.

A exploração da mão de obra dos internos pelos funcionários e o pagamento sob a forma de privilégios acaba acentuando o poder dos servidores sobre seus "colaboradores". Os funcionários, ao se sentirem explorados pelo tipo de remuneração que recebem, sentem-se no direito de explorar os que vêm abaixo deles, no caso, os internos. Os que trabalham têm acesso a cigarros, café, podem circular e ganhar roupas à paisana. Como essa gratificação é restrita, os moradores acabam disputando essas pequenas regalias e mantêm a subserviência aos funcionários. Outro aspecto importante, que faz com que os internos aceitem esse modo de funcionamento, é a necessidade que eles têm de se diferenciar dos deficientes mentais mais comprometidos. Nesse sentido, estar trabalhando é para eles uma forma de se sentir útil, adaptado e são.

A utilização da mão de obra dos internos e a não remuneração justa pelo trabalho que eles realizam nos remete diretamente para a questão da cidadania dos "doentes mentais". As pessoas ao serem diagnosticadas como loucas perdem vários de seus direitos civis, passando para a condição de tutelados. A esses direitos perdidos, soma-se o de ter dinheiro e, conseqüentemente, de ser remunerado pelo trabalho que fazem.

Dessa forma, embora sejam os internos que realizam todo o trabalho braçal dentro do hospital, o valor social do trabalho que efetua é considerado menor do que o dos demais cidadãos: "mas o trabalho que eles realizam não requer responsabilidade". Essa idéia é reforçada quando se atribui um valor terapêutico para o trabalho.

lho que os internos executam e, com isso, transforma-se o trabalho em si, enquanto valor de troca, em algo que não pode ser remunerado por essência porque faz parte do tratamento. A remuneração, quando ocorre, vem através de um Fundo Especial de Despesa, que continua sendo uma forma tutelada de remuneração que não permite aos internos ter autonomia para gastar o dinheiro recebido.

A terapia ocupacional não consegue se constituir numa alternativa para as atividades de limpeza e manutenção do hospital realizados pelos internos. Também não consegue alcançar uma proposta de ocupação e tratamento dos psiquiatrizados.

As atividades que o setor de Terapia Ocupacional propõe (bordado, costura, tricô, crochê, etc.) não conseguem romper nem superar o sentido ocupacional e laborativo a elas atribuído. Isso pode ser exemplificado pela reivindicação dos internos pela remuneração do trabalho que fazem no setor.

O serviço de Terapia Ocupacional também não consegue se estender, ficando restrito a uma população de supostos "conscientes", ou seja, de pessoas que aparentemente não precisam de cuidados. Ou seja, as atividades propostas pela terapia ocupacional não conseguem nem ocupar e nem tratar os pacientes internados.

Na verdade, o que se espera da Terapia Ocupacional é que ela solucione uma problemática que nos parece ser insolúvel na atual situação dos hospitais psiquiátricos brasileiros, ou seja, ocupar e tratar pacientes crônicos numa instituição que tem um modo de funcionamento que impõe o ócio e que retira do internado qualquer possibilidade de desinstitucionalização.

BIBLIOGRAFIA

BASAGLIA, F. "A Instituição da Violência". In: BASAGLIA et alii. As Instituições e os discursos. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro (35), 1974.

_____. et alii. Razón, Locura y Sociedad. 5ª ed. México, Siglo XXI, 1982.

_____. Los crimines de 1ª paz. México, Siglo XXI, 1981. (mimeo)

- BIRMAN, Joel. A Psiquiatria como discurso da moralidade. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1978.
- BUARQUE DE HOLANDA, A. Novo Dicionário da Língua Portuguesa. 13 ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, s/d
- CASTEL, R. A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1978.
- _____. "A instituição psiquiátrica em questão". In: FIGUEIRA, S. (org.) Sociedade e Doença Mental. Rio de Janeiro, Ed. Campus, 1978.
- CASTRO, E. N. Sâ. Análise de uma organização pública complexa no setor saúde. O Conjunto Juqueri, no Estado de São Paulo. São Paulo. Tese de doutoramento. Faculdade de Saúde Pública da USP. 1983. (mimeo)
- CUNHA, M.C.P. O Espelho do Mundo. São Paulo. Tese de Doutorado. Departamento de História da F.F.L.C. H. da USP, 1985. (mimeo)
- FERRAZ, M.P.T. "Prioridades em Saúde Mental". In: Arquivos da Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo, Franco da Rocha, vol. XLIX, jan.-dez., 1984.
- _____. & MORAIS, M.F.L. "Política de Saúde Mental: Reunião dos dois últimos anos". In: Arquivos da Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo, Franco da Rocha, vol. XLV, jan.-dez., 1985.
- FOUCAULT, Michel. Microfísica do Poder. 3ª ed. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1983.
- _____. História da Loucura na Idade Clássica. São Paulo, Ed. Perspectiva, 1978. (Estudos)
- _____. Vigiar e Punir: Nascimento da Prisão. Petrópolis, Vozes, 1977.
- GOFFMAN, Erving. Manicômios, Prisões e Conventos. São Paulo, Ed. Perspectiva, 1974. (Debates)

GUILHON DE ALBUQUERQUE, J.A. Instituição e Poder: A análise concreta das relações de poder nas instituições. Rio de Janeiro, Graal, 1980.

_____. Metáforas da Desordem: O Contexto Social da Doença Mental. Rio de Janeiro, Bax e Terra, 1978.

_____. "Ordem social e desordem mental". In: FIGUEIRA, S. (org.) Sociedade e Doença Mental. Rio de Janeiro, Ed. Campus, 1978.

HOPKINS, H. L.; SMITH, H.D. "Uma perspectiva histórica em Terapia Ocupacional". In: Williard and Spackman's Occupational Therapy, 6ª ed., Philadelphia, J.B. Lippincor, 1984. Trad. Jussara M. Pinto, Revisão: Michelle S. Hahn. (mimeo)

KIELHOFNER, G.; BURKE, J.P. "A Terapia Ocupacional após 60 anos: Um relatório sobre a mudança de identidade e do corpo de conhecimento", The American Journal of Occupational Therapy, nov.-dez., 1977, vol. 31, nº 10. p. 675-689.

MACHADO, Roberto et alii. Danação da Norma. Medicina Social e Constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1978.

_____. Ciência e Saber. A trajetória da Arqueologia de Foucault. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1981.

MAGNANI, J.G.C. Festa no pedaço: Cultura popular e lazer na Cidade. São Paulo, Ed. Brasileira, 1984.

_____. "Discurso e representação ou de como os Balo mas de Kiriwans podem reencarnar-se nas atuais pesquisas". In: CARDOSO, R. (org.) A Aventura Antropológica. Teoria e Pesquisa. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1986.

"Maior Manicômio do Brasil começa a vestir pacientes"
Jornal do Brasil, Rio de Janeiro, 14/05/84.

"Manicômio horroriza governador". Folha de São Paulo,
São Paulo, 10/02/84.

NASCIMENTO, B.A. "O mito da atividade terapêutica"
São Carlos, 1987. (mimeo)

PITTA-HOISEL, A.M. Sobre uma política de saúde mental
São Paulo, Dissertação de Mestrado. Faculdade de
Medicina da USP, 1984. (mimeo)

RELATÓRIO da Comissão instituída pela Resolução SS nº 9
de 23/02/1984 para equacionar o problema do conj. Hog
pitalar do Juqueri, 1984. (mimeo)

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. COORDENADORIA DE SAÚDE
MENTAL. Diagnóstico da situação encontrada. São
Paulo, 1983. (mimeo)

_____. DIVISÃO DE ESTUDOS E PROGRAMAS. Hospitais Psi-
quiátricos no Governo Montoro. São Paulo, 1985. (mi
meo)

_____. RELATÓRIO DE ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELA CO
ORDENADORIA DE SAÚDE MENTAL EM 1984. São Paulo, 1984
(mimeo)