

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
INSTITUCIONAL**

FERNANDA PINTO DE TASSIS

**CURA, CASTIGO? - UM ESTUDO SOBRE A CRIAÇÃO DA
ELETROCONVULSOTERAPIA (ECT) E SUA UTILIZAÇÃO
EM PACIENTES NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

**VITÓRIA
2013**

FERNANDA PINTO DE TASSIS

**CURA, CASTIGO? - UM ESTUDO SOBRE A CRIAÇÃO DA
ELETROCONVULSOTERAPIA (ECT) E SUA UTILIZAÇÃO
EM PACIENTES NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Institucional.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Cristina Campello Lavrador.

**VITÓRIA
2013**

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| INTRODUÇÃO | 9 |
| TRAJETÓRIA | 15 |
| LOUCAS VIVÊNCIAS, VIVÊNCIA LOUCA | 23 |
| RECURSOS METODOLÓGICOS (OU A <i>NÃO METODOLOGIA</i>) | 28 |
| RETOMADA DO CONTATO COM A LOUCURA | 33 |
| APONTAMENTOS SOBRE A HISTÓRIA DA ELETROCONVULSOTERAPIA | 44 |
| IMPLICAÇÕES (OU IMPLICÂNCIAS?) | 55 |
| OUVINDO OS OUVIDORES DE VOZES E SEUS OUVIDORES | 61 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 76 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 79 |
| APÊNDICE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE) | 82 |
| ANEXO (Programa Nacional de avaliação dos Serviços Hospitalares - PNASH) | 83 |

Resumo

A eletroconvulsoterapia (ECT) foi criada observando-se que os sintomas da esquizofrenia frequentemente eram diminuídos após uma convulsão, supondo-se, incorretamente, que Esquizofrenia e Epilepsia não poderiam coexistir em um mesmo paciente, de modo que, induzindo-se uma convulsão, poder-se-ia livrar o paciente da Esquizofrenia. A ECT foi introduzida como tratamento psiquiátrico anteriormente aos psicofármacos (década de 1950) hoje conhecidos e utilizados.

Este trabalho pretendeu colocar em análise algumas diferenças entre os intuitos com a criação da ECT e alguns de seus usos e abusos. Além de um estudo sobre a eletroconvulsoterapia, trata-se, também, de um trabalho sobre subjugação.

Nesse contexto, o livro “Shock Therapy – A History of Eletroconvulsive Treatment in Mental Illness” de Edward Shorter e David Healy representou importante bibliografia. Para trazer a discussão a uma realidade espírito-santense, através do método cartográfico, sugerido por Suely Rolnik, como pesquisa de campo, foram ouvidos quatro profissionais Psiquiatras e três “doidinhos” que passaram pela experiência da eletroconvulsoterapia.

Pretendeu-se analisar a discordância entre o uso da técnica quando utilizada conforme seus protocolos, portanto, de forma terapêutica; e quando utilizada deliberadamente, sem prescrições claras, como possível forma de castigo.

Palavras-chaves: **Eletroconvulsoterapia (ECT); Loucura; Subjugação**

Abstract

The electroconvulsive therapy was created by observing the symptoms of schizophrenia were often diminished after a seizure, assuming, incorrectly, that schizophrenia and epilepsy could not coexist in the same patient, so that, inducing a seizure, it would be able to rid the patient of schizophrenia. ECT was introduced as psychiatric treatment prior to psychotropics (1950) nowadays known and used.

This work aims to put under analysis some differences between the intentions with the creation of electroconvulsive therapy and some of its uses and abuses. In addition to a study of electroconvulsive therapy, it is also a work of subjugation.

In this context, the book "Shock Therapy - A History of Eletroconvulsive Treatment in Mental Illness" Edward Shorter and David Healy represented an important bibliography.

To bring the discussion to a reality nearest, through the mapping method, suggested by Suely Rolnik, such as field research, were heard four psychiatrists and three " crazy people " who had the experience of electroconvulsive therapy.

It was intended to examine the discrepancy between the use of the technique when used according to their protocols, therefore, therapeutically, and when used deliberately without prescriptions clear as possible form of punishment.

Keywords: Electroconvulsive therapy (ECT); Madness; Subjugation

AGRADECIMENTOS

“(...) se é possível responder em palavras ao amor que se recebe.” (Livro Clarice, página 291)

Agradeço à força que não cessa. À fé. À perseverança.

À minha família. Pai, Mãe, Tina e Cesinha, pelo amor, pela compreensão, pela aposta, por me possibilitarem ser quem eu quero, por acreditarem.

Meus sinceros agradecimentos à Cris, orientadora desde a época da graduação, que com seu trabalho e brilho nos olhos fez acender olhinhos brilhantes e esperançosos por um mundo no qual acreditar, um mundo sem manicômios. Obrigada por me fazer crer na docência. Obrigada pelo companheirismo. Obrigada pela caminhada.

À Leila e Sal. Banca potente, gentil e generosa.

À Ufes. Ao PPGPsi. A todos os professores.

À Soninha, “salvadora” em muitos momentos. Ouvido amigo em tantos outros.

A todos os colegas de pós-graduação. Aos ouvidos atentos, às sugestões. Agradeço especialmente aos colegas de orientação: Marcinho, Marcela, Meyrielle, Anselmo e Rafa. Bons encontros. Bons amigos.

Ao Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial por não me deixar esmorecer nessa luta.

A todos do Hecceidades. Carinho.

Yasmin e Nayara. Pelo percurso de pesquisa. Por me acolherem como orientadora.

Aos alunos do estágio em docência. Meus primeiros. Experiência ímpar.

Aos alunos da graduação, companheiros de dias intensos.

Seguir acreditando na vida, na graduação, no ensino público de qualidade. É por gente como vocês que acredito na Psicologia e no que estamos fazendo!

A todos os amigos! Aos de copo, aos de cruz, e aos de copo e de cruz. Aos que foram guarida, colo, ombro, ouvido, tecnologia. Aos que foram mãe, pai, irmãos. Aos que compartilharam vida, angústias e cervejas! Agradecimento especial à Sabrina, pelas manhãs de tradução e almoços deliciosos. Agradecimento mais que especial ao Gabriel, irmão eleito, por tanta vida, pela fé na vida, no amor, nas pessoas. Obrigada por estar tão presente “mesmo que pelo fio invisível do telefone”.

“Ela acreditava em anjo e, porque acreditava, eles existiam.” (Clarice Lispector, A hora da estrela, página 40)

“Amizade é matéria de salvação.” (Clarice Lispector – Uma amizade sincera, em Felicidade Clandestina, página 14)

À Capes.

“Como começar pelo início, se as coisas acontecem antes de acontecer?”

(Clarice Lispector, A hora da estrela, página 11)

1. INTRODUÇÃO

Pretendeu-se, neste trabalho, a realização de um estudo sobre a história da eletroconvulsoterapia (ECT) e seus impactos nas vidas de pessoas que foram internadas em Hospitais Psiquiátricos, especificamente no Estado do Espírito Santo.

No decorrer da pesquisa, percebeu-se que, além de um estudo sobre a ECT, esta dissertação fala, sobretudo, de subjugação.

Um primeiro passo é nos libertarmos dos ‘desejos de manicômios’, que se expressam através de um desejo em nós de dominar, de subjugar, de classificar, de hierarquizar, de oprimir e de controlar. Esses manicômios se fazem presentes em toda e qualquer forma de expressão que se sustente numa racionalidade carcerária, explicativa e despótica. Apontam para um endurecimento que aprisiona a experiência da loucura ao construir estereótipos para a figura do louco e para se lidar com ele.¹

Estabelecer diferenças, por vezes com cunho de superioridade, dando margem às mais diversas formas de tortura e subjugação. Desejar a diferença distante, aprisionada, “menor”, perigosa, passível de tratamentos agressivos. Desejar o manicômio, mesmo que extramuros hospitalares. Pensar que o saber médico e psicológico, e tantos outros saberes, podem determinar quem é dito normal e quem não, e aos que pertencem à segunda “categoria” atribuir catalogações, explicações. Estudá-los. E muitas vezes invadi-los.

Excluir o caráter de experiência da loucura em detrimento de atribuí-la apenas o caráter de doença mental. Ainda, perceber que a linha que separa a experiência da doença pode ser tênue. Tentar não fazer apologia à loucura, pois na prática, vê-se que o louco sofre. Sofre porque passa por uma experiência não compreendida, frequentemente expurgada para que a doença seja mais visível. Sofre porque esteve apartado do convívio social durante muito tempo. Sofre ainda por não saber se comportar diante da sociedade que o excluiu e que, com sua desospitalização, exige comportamentos “adequados” ao viver que foi construído enquanto ele não podia participar.

¹MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Maria Cristina Campello. Loucura e Subjetividade. **Texturas da Psicologia. Subjetividade e política no contemporâneo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

Entendemos que essa indagação “apagar de nossa cultura a face da loucura?” quer dizer que esse deslocamento, cada vez mais intenso, da loucura para a doença mental tem o sentido, a intenção de apagar o fluxo esquizo presente numa face da loucura. Se por um lado, cada vez mais a experiência da loucura vem sendo transformada nessa entidade clínica doença mental domesticada e normalizada, por outro lado, não desapareceu a face da loucura que tem a dimensão disruptiva, criadora, que embaralha os códigos nos forçando a pensar e sentir diferentemente. (...) Podemos então falar que a tentativa de domar a loucura a aprisionando sob a forma doença mental não consegue apagar sua faceta de transgressão, que insiste em fugir e nos fazer fugir do que nos enclausura, que aciona em nós uma potência de criação. Um devir-loucura que não nos torna loucos e nem doentes mentais.²

Ao longo do desenvolvimento da pesquisa, pode-se perceber também que a pretensão primeira desse estudo – a de julgar a eletroconvulsoterapia como prática ruim, torturante, subjugadora somente, não foi levada a cabo até o fim. A partir da pesquisa de campo com os Psiquiatras e principalmente com os “Ouidores de vozes” (pessoas que passaram pela experiência do eletrochoque) pode-se identificar que a ECT foi usada como prática terapêutica inclusive. A resistência à eletroconvulsoterapia ainda permanece, mas ouvir de Psiquiatras que ela pode ser uma alternativa quando os remédios já não surtem efeito, ou até de tratamento de primeira escolha, no caso de grávidas, por exemplo; e ouvir de um “doidinho” que ter recebido tratamento eletroconvulsoterápico foi bom para ele; trouxeram novas perspectivas. O que se esperava, de antemão, era que as entrevistas denunciassem sempre o caráter não terapêutico da técnica. Ou ao menos a “demonização” de seu uso.

Interessante citar a entrevista com um “Ouidor de Vozes” que relatou a técnica com propriedade – o que talvez fosse esperado apenas de médicos psiquiatras. Ele lembrou-se de detalhes, apesar do tempo decorrido entre a aplicação da ECT e a entrevista concedida para este estudo – por ter sido uma experiência “marcante”; por ter sido torturante?

Pretendeu-se também analisar as diferenças entre os intuits e objetivos da criação da ECT e sua aplicação em pacientes que passaram pela experiência da loucura; investigando se o uso da técnica teria sido feito conforme suas

²MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Maria Cristina Campello. Loucura e Subjetividade. **Texturas da Psicologia. Subjetividade e política no contemporâneo.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

recomendações e critérios para sua indicação; investigando ainda se foram levadas em consideração as condições clínicas dos pacientes, os riscos de complicações.

Para isso, no primeiro capítulo, intitulado “Trajetória”, pretendeu-se retomar os diversos caminhos que levaram à realização desse estudo: projeto de extensão em hospital psiquiátrico; estarrecimento ao deparar com a morte por eletroconvulsoterapia (ECT) denunciada em jornal impresso de circulação estadual. Cita-se o Pnash – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (em anexo) para então relatar recentes acontecimentos referentes a um hospital psiquiátrico localizado no sul do Estado, hospital este que ainda recebe verbas através de convênio com a Secretaria Estadual de Saúde (Sesa) para “tratamento” de loucos. Fala-se também sobre como a loucura parece invisível quando se trata de campanhas político-partidárias. O termo “iatrogenia” é pegado “emprestado” da medicina, antropofagado mesmo, como nos sugeriria Suely Rolnik, para ilustrar algo que acontece não somente aos “doidos”, como aos funcionários que trabalham com eles. Retoma-se ainda a “transformação” da extensão em estágio pela mesma Sesa; ainda, o primeiro contato, a primeira visita àquele hospital psiquiátrico.

Em “Loucas Vivências, Vivência Louca”, há um relato próximo e “apaixonado” sobre a época do estágio nos dispositivos residenciais. O contato com os “doidinhos”, o cotidiano deles, que foi se tornando o cotidiano dos estagiários, das experiências com eles, seus ensinamentos. Usa-se ainda um pouco de literatura, para ilustrar, tornar, talvez, mais lúdico esse relato, e para trazer leveza (a um tema tantas vezes difícil de “carregar”).

No terceiro capítulo, “Recursos Metodológicos (ou a não metodologia)”, descreve-se o desejo de uma liberdade metodológica concomitante a uma resistência à cartografia, entendida previamente como modismo acadêmico. Fala-se também do processo de cessão (de ceder) ao que Suely Rolnik traz como recurso metodológico e nomeia como cartografia. “Devorando” inclusive o conceito de antropofagia. Há breve descrição sobre a criação dos primeiros dispositivos residenciais no Estado do Espírito Santo.

Em “Retomada do Contato com a Loucura”, fala-se sobre o retorno às reuniões do Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial. Relata-se também o dia 18 de Maio (Dia Nacional da Luta Antimanicomial), além de 10 de Outubro (Dia da Saúde Mental), ambos em 2012. Descreve-se o Pnash – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares na Clínica de Repouso Santa Isabel e no Capaac –

Centro de Atendimento Psiquiátrico Doutor Aristides, localizados em Cachoeiro de Itapemirim, sul do Estado; além do Censo realizado pela Secretaria Estadual de Saúde (Sesa) na Clínica Santa Isabel e do Ato do dia 25 de Agosto de 2012, contrário a esta mesma clínica.

O sexto capítulo, “Apontamentos Sobre a História da Eletroconvulsoterapia (ECT)” foi baseado no livro “Shock Therapy – A History of Eletroconvulsive Treatment in Mental Illness” de Edward Shorter e David Healy. Cita-se a resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) que dispõe sobre a eletroconvulsoterapia (ECT). Fala-se sobre alguns aspectos da técnica (tortura e castigo, por exemplo) e algumas polêmicas relacionadas.

Em “Implicações (ou Implicâncias)?” houve a tentativa de elencar e analisar as implicações para este trabalho, além das “implicâncias” com a eletroconvulsoterapia (ECT). Relatou-se como provavelmente surgiu o interesse pela ECT – a partir do filme “Bicho de Sete Cabeças”, mesmo antes do início da graduação em Psicologia. (Em um cartaz confeccionado para o Ato do dia 25 de Agosto, uma frase do filme foi lembrada: “Não tem coração que esqueça.” Não esquecem os corações dos militantes, provavelmente muito menos os dos “doidinhos”.) Fala-se das contribuições da Turma V do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional para este trabalho, dos professores do programa, dos professores convidados para palestras e bancas de qualificações e defesas. Afirmado-se que este é um trabalho de muitas cabeças. Enumera-se ainda o vício de enxercar eletroconvulsoterapia, tortura, em (quase) tudo.

O oitavo capítulo “Ouvindo os Ouvidores de Vozes e seus Ouvidores” descreve a pesquisa de campo deste estudo. Foram ouvidos quatro Psiquiatras, um que aplica a eletroconvulsoterapia (ECT), um que se demonstrou favorável ao uso da técnica, e os outros dois contrários à aplicação de ECT. Ouviu-se também três “doidinhos” que foram submetidos a tratamento eletroconvulsoterápico. Foram feitas entrevistas semi estruturadas com todos os participantes.

Prefere-se o termo “Considerações Finais” a “Conclusões” pelo fato de este trabalho, além de algumas respostas, ter suscitado muitos outros questionamentos e inquietações. Não deve ser raro pretender chegar ao fim de um trabalho como este com convicções. Contudo, a impressão que fica é a de que dissertar é angustiar-se também. Questionar-se. Uma afirmação, porém: a mudança de postura frente à ECT ao longo do desenvolvimento dessa dissertação; não se é, necessariamente contra

a técnica em si, entretanto, ao que foi feito dela em determinado momento e aos usos torturantes de qualquer técnica como subterfúgio para tratamento.

Muito antes de sentir 'arte', senti a beleza profunda da luta. Mas é que tenho um modo simplório de me aproximar do fato social: eu queria era 'fazer' alguma coisa, como se escrever não fosse fazer.³

Parafraseando Clarice Lispector, o termo "arte" seria trocado por "Psicologia". Desde os primeiros contatos com a complexa temática sobre a loucura, ou melhor, sobre o que se fez/faz da e com a loucura, sempre existira uma ânsia, uma angústia em fazer algo. A aproximação do Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial e a frequência às suas reuniões, concomitantemente representaram um fazer e um angustiar-se ainda mais. Lutava-se, encontrando outras lutas a travar. Militava-se, encontrando outras tantas coisas a questionar. Contudo: o que propor, o que fazer? Estudar? Dissertar? Lispector traz um acalanto: escrever é fazer.

Acreditar no mundo significa principalmente suscitar acontecimentos, mesmo pequenos, que escapem ao controle, ou engendrar novos espaços-tempos, mesmo de superfície ou volume reduzidos. É ao nível de cada tentativa que se avaliam a capacidade de resistência ou, ao contrário, a submissão a um controle. Necessita-se ao mesmo tempo de criação e povo (Deleuze, 1992, p.218).⁴

³MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Maria Cristina Campello. Loucura e Subjetividade. **Texturas da Psicologia. Subjetividade e política no contemporâneo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

⁴MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Maria Cristina Campello; BARROS, Maria Elizabeth Barros de. Loucura e Subjetividade. **Texturas da Psicologia. Subjetividade e política no contemporâneo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

“Ainda bem que o que vou escrever já deve estar na certa de algum modo escrito em mim.”

(Clarice Lispector, A hora da estrela, página 20)

2. TRAJETÓRIA

A trajetória no hospital psiquiátrico⁵ iniciou-se em um projeto de extensão, com idas às enfermarias, e supervisões semanais. Idas essas, que eram realizadas em duplas de extensionistas, do projeto ao que naquela época foram intituladas “enfermarias pré-lares”, em que foram alocados os pacientes mais “independentes” para a posterior transferência aos “dispositivos-casa”⁶. A enfermaria número onze era habitada por pacientes masculinos, que tinham hábitos de higiene, tomavam banho e alimentavam-se sem ajuda de outras pessoas, não possuíam nenhuma deficiência física que os incapacitasse de andar e realizar as tarefas do cotidiano.

Na época das idas semanais à enfermaria do hospital, um dos então pacientes relatou, adentrando uma pequena construção desativada do pátio, que era ali que os “choques” eram aplicados. Contava e simulava uma convulsão, fazendo barulhos com a boca, enquanto ria.

Primeiro contato mais próximo com a ECT.

Outro contato veio de um jornal que denunciava a morte de uma ex-paciente deste mesmo hospital, que, no momento, se encontrava em outro hospital psiquiátrico do Estado. A reportagem relatava que o corpo da paciente continha marcas de espancamento e de “choques”, principalmente em locais do corpo em que a aplicação da eletroconvulsoterapia não é recomendada (genitálias, por exemplo). O que poderia ser feito? A morte por eletrochoque estava, neste momento, escancarada. Indignação. Estarrecimento. Quem tomaria uma atitude? Os quatro estagiários de Psicologia do serviço substitutivo, apenas? O que se esperava, na época, e ainda hoje, é que os órgãos competentes fizessem algo. A impressão que se tinha era que pouca coisa era investigada, “escarafunchada”, e que estes terrenos eram minados.

(...) denúncias relativas quase sempre à esfera dos direitos humanos. Estes momentos têm suscitado o debate, a indignação pública e até mesmo providências governamentais que incidem sobre o aspecto mais visível e imediato do problema: as condições de vida da população internada, a

⁵Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho. Atualmente Hospital Estadual de Atenção Clínica – Heac.

⁶De acordo com Lavrador (2006), prefere-se este termo porque se espera que essas casas não reproduzam a lógica manicomial interior a um hospital psiquiátrico, mas que sejam um lugar de moradia preferencialmente provisória. Dispositivo que pode colocar em funcionamento, concomitantemente, práticas de dominação e práticas de liberdade. Importante, pois, é a avaliação das forças que estão em jogo e do que estão produzindo.

higiene do hospício, a violência das práticas repressivas, a alimentação deficiente, a falta de funcionários, a precariedade das instalações.⁷

Em dezembro de 2009, o Conselho Regional de Psicologia do Espírito Santo realizou uma vistoria em uma destas instituições destinadas a tratamento de loucos. Instituição esta que recebia repasse do Sistema Único de Saúde – SUS. Muitas irregularidades foram encontradas, dentre as quais uma única profissional Psicóloga para atender a mais de 460 pacientes.

Foram detectadas péssimas condições estruturais, um ambiente insalubre e com poucas condições de higiene pessoal.⁸

No Pnash – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares, realizado em dezanove de novembro de 2012, os leitos dessa instituição já haviam diminuído para trezentos e noventa.

Em sete de fevereiro de 2013, um jornal impresso de circulação estadual veiculou uma matéria informando que a clínica deixaria de receber pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS. Segundo um dos responsáveis pela clínica, um médico Psiquiatra, a medida de descredenciamento deveu-se às dificuldades de manter os pacientes com o valor repassado pelo Ministério da Saúde. Uma comissão da câmara de vereadores do município em que se localiza a clínica manteria contato com representantes estaduais para evitar que a instituição deixasse de receber pacientes do SUS, alegando que as famílias dos pacientes não terão condições de pagar pelo tratamento. Por meio de nota, a Secretaria de Estado da Saúde – SESA informou estar avaliando a solicitação de maior repasse feita pela clínica.

O que se questiona é por que somente agora, na hora que a situação se torna caótica, é que os representantes, os legisladores municipais se mostram tão preocupados? Por que não houve mobilização anterior, pois a lei 10216, que legisla sobre os serviços substitutivos ao modelo asilar-manicomial é de 2001; por que não houve uma intensa campanha para a abertura de Caps dos diversos tipos e a criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais? Por que matérias sugerindo

⁷CUNHA, Maria Clementina Pereira. **O Espelho do Mundo – Juquery, A História de um Asilo**, São Paulo: Paz e Terra, 1986.

⁸CRP – 16. **Mais de 400 pacientes sofrem e hospital psiquiátrico em Cachoeiro**. Informativo *On Line*. 01 Mar. 2010, [Ano IV / Nº 39](http://www.crp16.org.br) – Disponível em: www.crp16.org.br. Acesso em: jun. 2011.

alarde da população, como se aqueles internos fossem ser depositados na rua assim que o convênio fosse interrompido? Essa mobilização e esse alarde interessam a quem? Por que nunca houve mobilização semelhante quando eram noticiados casos de maus tratos, torturas e até mortes na mesma clínica?

Não demorou para alguns segmentos se manifestarem. Uma nota, que será reproduzida abaixo na íntegra, foi divulgada, a princípio em redes sociais, pois o valor para divulgá-la no mesmo jornal impresso era exorbitante.

“O jornal A Gazeta do dia 7 de fevereiro de 2013, página 14, publicou reportagem sobre a Clínica Santa Isabel, localizada em Cachoeiro de Itapemirim – ES. Esta reportagem, de maneira geral, informa que o valor diário de internação de um paciente por dia é de 39 reais repassado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). E que este valor é insuficiente para manter a clínica em funcionamento e que, o valor desejado seria de 130 reais paciente dia. A mesma reportagem informa ainda que uma equipe de vereadores do Município de Cachoeiro de Itapemirim está pressionando a Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo para renovar esse contrato com valor adequado.

Pelo exposto, os movimentos que subscrevem essa nota querem saber dos doutos vereadores em que momento a Câmara Municipal de Cachoeiro de Itapemirim se preocupou com as inúmeras denúncias de maus tratos de usuários (inclusive casos de óbitos de pacientes internados) e familiares contra a referida clínica. Em que momento os doutos vereadores leram os referidos documentos, inclusive os constantes no Ministério Público Municipal e a solicitação do MPES de mudanças estruturais e de recursos humanos na referida clínica? E os documentos de vistorias e fiscalização dos conselhos profissionais que apontam diversas irregularidades e reprovam toda a estrutura e o tratamento oferecido pela clínica? E em que momento esses vereadores, que se elegeram com discursos afinados ao da sociedade civil no momento de campanha, procuraram discutir ou ao menos saber, a pauta de reivindicações dos movimentos sociais e da luta antimanicomial no Estado do Espírito Santo, no Brasil e no mundo? É importante salientar que o tratamento realizado por essa clínica fere todos os princípios de cuidado que potencializem a vida, todos os direitos sociais e humanos e transgride a Lei Federal 10216 que regulamenta a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por outros tipos de serviços na rede de atenção da Saúde Mental que realizam um cuidado pautado na liberdade, no respeito e na autonomia,

bem como garantir os direitos sociais e humanos desses cidadãos. A sociedade civil, usuários e familiares dos portadores de transtorno mental não podem se calar! A Clínica Santa Isabel é reconhecidamente pela sociedade capixaba como um dos últimos refúgios de uma psiquiatria ultrapassada!

Não podemos deixar que a tradicional forma de tratamento da loucura, asilamento, exclusão e violência institucionalizada seja praticada em nosso Estado! Imperativo ético e humano lutar por um tratamento digno, justo, cidadão e emancipado! Não retrocedamos!

É necessário que sejam oferecidos serviços substitutivos de qualidade a esse modelo hospitalocêntrico, como as Residências Terapêuticas, Caps I, II e III, para dar suporte e cuidado para essas pessoas, conforme a Portaria Nº 3088 de dezembro de 2011. É preciso cuidar e garantir os direitos sociais e humanos.

Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial

Conselho Regional de Psicologia – CRP 16

Sindicato dos Psicólogos do Estado do Espírito Santo

Movimento Cidadão em Defesa dos Direitos Humanos e das Políticas Sociais

Conselho Estadual dos Direitos Humanos

Conselho Regional de Serviço Social – CRESS – ES 17º Região”

Parece mesmo que o tratamento de loucos não representa uma prioridade para as políticas públicas nacionais. Em nenhuma das propagandas eleitorais de candidatos a cargos públicos, no ano de 2010, foi sequer citada alguma melhoria em hospitais psiquiátricos ainda existentes, como a garantia de equipe técnica qualificada em Saúde Mental, para o acompanhamento dos loucos que ainda residem nestes estabelecimentos.

Então, práticas desinstitucionalizantes não se referem a uma reforma dos estabelecimentos psiquiátricos e nem mesmo a uma reforma da instituição psiquiatria.⁹

O que se enfatiza aqui é que as lutas, conquistas e avanços relacionados ao tratamento com a loucura não devem fazer esquecer, negligenciar os que ainda continuam internados nos hospitais psiquiátricos conhecidos. Porém, não se perde de vista que os serviços substitutivos “visam promover uma efetiva substituição ao

⁹LAVRADOR, 2006.

tratamento asilar manicomial e não mais uma alternativa de tratamento que continuaria coexistindo com novas internações em hospitais psiquiátricos”.¹⁰ Tendo prudência para que a lógica manicomial não seja reproduzida, nem nos profissionais, nem em quem frequenta esses serviços.

Recorrente preocupação entre estagiários, extensionistas e supervisores, àquela época de estágio, era a “cristalização” frente à loucura; ou seja, o que se fazia era constantemente colocado em análise para evitar recorrer a práticas manicomiais.

(...) é preciso a cada instante, passo a passo confrontar o que se pensa e o que se diz com o que se faz e o que se é.¹¹

Uma faca de alguns gumes. O primeiro, relacionado, principalmente, a um embate às falas e aos próprios funcionários do hospital e das casas. “Fulano não tem jeito. Sai daqui, você está toda cagada. Vocês não sabem como é fulano, não estão aqui todos os dias, mesmo.” Outro gume, em uma analogia a um termo da medicina, a “iatrogenia”: um lugar que apresenta como principal intuito curar a loucura pode, ao contrário, provocá-la, reproduzi-la, não questioná-la.

A iatrogenia, introduzida no discurso da saúde mental, atribuída, hipoteticamente, aos seus serviços o favorecimento na conservação da clientela no que se reconhecia como patologia.¹² Fatores presentes no atendimento são associados à produção de uma patologia diferente daquela em que foi baseada a procura pelo tratamento. A iatrogenia propiciaria manter-se em condição psíquica compatível à reconhecida pelas ciências da saúde mental.¹³ Ambulatórios e serviços de atendimento integrais passaram a ser vistos como potenciais em produção de efeitos adversos ao terapêutico proposto. A evolução clínica deixou de pertencer unicamente à “história natural” da loucura medicalizada, para também ser imputada à rotina do cuidado institucional. A iatrogenia passa a ser entendida como um subproduto da assistência, baseada em um discurso científico que favorece a

¹⁰Ibid.

¹¹FOUCAULT apud LAVRADOR, 2006, p. 184.

¹²PORTOCARRERO apud VECHI, Luis Gustavo. Iatrogenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil. **Estudos de Psicologia**. Natal, v.9, n.3, p. 489-495, 2004.

¹³CAPLAN e CAPLAN; MORRIS apud VECHI, Luis Gustavo. Iatrogenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil. **Estudos de Psicologia**. Natal, v.9, n.3, p. 489-495, 2004.

patologização da clientela. Além disso, favorece a conservação do louco na patologia e na contingência de ser usuário dos serviços de saúde mental.

Costuma-se dizer que, após a saída do manicômio, o ex-interno carrega consigo algumas sequelas, resultado dos longos anos de confinamento de medicalização exagerada (verdadeiras camisas-de-força químicas). Pois bem, que se esclareça que a afirmativa também vale para os profissionais. Também estes saem de uma instituição caracterizada pelo modelo manicomial tradicional sequelados, tanto pelo confinamento como pela medicalização exacerbada que impõem ao paciente. Parece ser nesse sentido que Ferreira nos chama a atenção para uma pseudoperda da identidade profissional. Mas se por acaso essa identidade estiver filiada ao tratamento desumano e segregador que claramente podemos observar em muitos manicômios de qualquer parte do mundo, que seja mesmo perdida.¹⁴

Latrogenia que reverberou não somente nos então pacientes, como também nos funcionários do hospital que, pouco tempo depois, tornaram-se “cuidadores” dos primeiros dispositivos residenciais. Pelo fato de as primeiras residências terem sido criadas ainda sob administração do hospital, muitos trabalhadores das enfermarias do hospital foram deslocados para as novas casas. Outra faca de dois gumes. Um bom gume porque conheciam os pacientes de longa data. Outro nem tão interessante assim, pois foram realocados extramuros hospitalares, mas ainda com uma cabeça manicomial.

Quando alguns homens e mulheres, até então “moradores” das alas de ressocialização, foram morar em casas não muito distantes do hospital, as idas de alguns dos extensionistas ao serviço, tornaram-se diárias – exigência de estágio pela Secretaria de Estado da Saúde. Quatro dos extensionistas ocuparam vagas que foram oferecidas pela Secretaria, como estagiários. Formaram-se, então, duas duplas mistas que cumpririam estágio nos dispositivos-casa – um deles composto por cinco mulheres, e outro, por oito homens.

Antes disso, porém, durante o início do segundo período da graduação em Psicologia¹⁵, uma professora resolveu levar seus alunos como “visitantes” a este mesmo hospital. Meninas (a imensa maioria do grupo) de cabelos presos, sem brincos e com vestimentas escuras. Fora dito, que os pacientes tinham muito piolho,

¹⁴BAPTISTA, Luis Antonio dos Santos; ZWARG, Mariana Dias da Silva; MORAES, Rodrigo.. Reforma Psiquiátrica e Dispositivos Residenciais: Afirmções e Impasses. **Texturas da Psicologia. Subjetividade e política no contemporâneo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

¹⁵Turma: 2001/2, Universidade Federal do Espírito Santo – UFES.

que arrancavam os brincos das orelhas das visitantes e que “se interessavam” por cores “vibrantes”. No retorno à Universidade, outra professora proferiria uma palestra sobre o filme brasileiro “Bicho de Sete Cabeças”. A turma de “visitantes”, durante a tal palestra, admirava-se a respeito das coincidências da ambientação do filme, muito semelhante ao hospital: pacientes perambulando pelo imenso pátio, alguns nus, outros falando sozinhos.

Mais tarde, mais do que o visual, os cheiros, as relações, a subjugação, os pacientes mais próximos – os mais calmos, os mais agressivos – isso tudo passou a fazer parte da caminhada acadêmica, e por que não dizer, da caminhada de vida desses estudantes.

Foram três anos de escutas e vivências, com pacientes cronificados, em um hospital psiquiátrico. Posteriormente, nos dispositivos-casa. Pacientes e moradores relatavam sobre os “choques” que receberam, sobre a forma nada “humana”, “estudada”, “fundamentada” em como eram aplicados. Relatos de que os “choques” eram utilizados como castigo. Seriam tais relatos apenas uma rebeldia de quem não tem informações suficientemente satisfatórias para julgar a eletroconvulsoterapia um bom tratamento? Não se julga aqui a eficácia da ECT, porém, na realidade citada, talvez o único posicionamento possível fosse mesmo o contrário.

Neste trabalho, foram realizadas entrevistas com três ex-pacientes, que foram residentes em enfermarias da ala de ressocialização do hospital psiquiátrico, dois deles hoje moram em residências que caracterizam o serviço substitutivo. Alguns dos pacientes que se tinha contato à época da extensão e do estágio já faleceram, principalmente, pelo que o senso comum chama de “velhice”. E dentre os que estão nas casas, há os que passaram pela experiência da eletroconvulsoterapia.

No decorrer da pesquisa de campo, teve-se a impressão que a lógica e as práticas com que a ECT foi utilizada em alguns locais sempre tivera algo de iatrogênico. Primeiramente, porque ainda se apresenta como um tratamento “não provado”, polêmico. Isso sem citar os efeitos colaterais, como as disfunções na memória. E sem elencar o histórico de práticas abusivas. A ECT pareceu não ser usada para fins “terapêuticos”. Parece que o que se pretendia, muitas das vezes, era principalmente calar, fazer parar o louco.

*“Quando um homem não pode escolher, ele deixa de ser um homem.”
(Laranja Mecânica, de Anthony Burgess, página 85)*

3. LOUCAS VIVÊNCIAS, VIVÊNCIA LOUCA

O trabalho com os pacientes e ex-pacientes sempre fora, sob alguma ótica, uma incógnita. Não havia decretos, “receitas de bolo”.

(...) afirmando e ou dando visibilidade à efetuação de campos de possíveis que não estão dados a princípio e nem têm uma meta idealizada a alcançar. Trata-se de um processo que se dá na construção coletiva do dia-a-dia, com suas dificuldades, seus impasses, seus retrocessos, nossos cansaços; e, também, avanços e conquistas que aumentam nossa potência.¹⁶

Uma experiência relevante nos dispositivos residenciais se deu na hora do almoço. Acostumados a usarem somente colheres como talher, certo dia, na mesa, foram colocados, além das colheres, também facas e garfos. Não sem propósito. Alguns continuaram a usar o que estavam acostumados. Outros, porém, experimentaram o novo. Possibilidade de escolha. Talvez a grande “sacada”. Não mais a imposição.

Nenhum problema comer de colher ou de garfo ou de faca ou alterná-los. O problema é privá-los, *a priori*, de bens materiais e simbólicos, humanos incorporadamente humanos, sejam eles quais forem. (...) O problema é não permitir que façam uso das regras facultativas, que não possam selecionar o que desejam mais, que não possam experimentar, que não possam afirmar hábitos próprios e mudar de hábitos, sejam eles quais forem. Muitas vezes moraliza-se tudo, pedagogiza-se tudo em nome de supostos ‘bons hábitos’, desvalorizando a própria vida.¹⁷

A maioria dos moradores desses dispositivos estava internada havia muito tempo. E a perda de contato com familiares representava um “lugar comum”. Um deles, o mais velho, encontrava-se internado desde quase a inauguração do hospital. Baiano, estava ali, segundo ele mesmo, por alcoolismo. Após a ida para a casa, dividida entre este e mais sete moradores, começou por retomar algumas coisas, praticamente impossíveis à época da internação. Para este paciente, especificamente, o concerto de uma “concertina” que ele mal sabia tocar, mas, à qual tinha muito apreço. Primeiro, o concerto da correia, uma espécie de alça que tem a função de ajustar o instrumento ao corpo. Uma das pessoas que o atendeu, juntamente aos estagiários, indagou se ele era o pai deles. Por serem da mesma cor? Por tratarem a ele com respeito, carinho? A resposta de um estagiário foi:

¹⁶LAVRADOR, 2006.

¹⁷Ibid.

trabalhamos juntos. Depois, o concerto da “concertina” – afinar, retirar ferrugens, desempenar – em si. De ônibus. Em um bairro distante. Quando do retorno à residência, vieram avisar que a irmã de outro morador estava na porta. Muita informação (boa) para um dia só.

(...) denunciou vigorosamente através da imprensa diária (...) as condições precárias do velho hospício (...) “um casarão fechado, de aspecto soturno, (...) em cujo frontispício bem assentaria um hemistíquio de Ovídio: *Nihil hic nisi triste videbis.*” (Nada verás aqui, a não ser tristeza.)¹⁸

A impressão deste dia era exatamente contrária à afirmação acima. Tristeza, ali, ficou de fora.

Um sonho de um estagiário sobre o morador da “concertina” é bastante interessante. Nele, o morador aparecia como um passarinho dentro de uma gaiola, falando ao estagiário, com sua característica voz fraca e trêmula: estou com medo, me tira daqui, eu não quero morrer. Receio do estagiário de contá-lo aos seus companheiros “psis”, com suas possíveis “interpretações”. A verdade é que, o “passarinho” saiu da gaiola antes de morrer, viveu antes de morrer, pôde ter escolhas.

Durante a entrevista com o Psiquiatra 2, este sugeriu – enquanto lhe era explicado o porquê do fascínio curioso em se estudar a loucura e a ECT – o filme “Um Estranho no Ninho”, com Jack Nicholson no papel principal. Filme que fora visto após o término da entrevista. E como as memórias daquela época, de extensão e estágio vieram à tona! No filme, uma cena emocionante. Nela, Jack Nicholson “desvia” o ônibus que levaria os “doidinhos” (há preferência pelo uso desse termo, em detrimento de termos como “doentes mentais”, talvez uma forma carinhosa para falar de pessoas que sempre foram submetidas a todo tipo de preconceito e subjugação) e a um passeio e os leva para uma pescaria. Fazer com que não permanecessem integralmente dentro da instituição. Muito semelhante ao que era feito com os “doidinhos” na época do estágio. Era visível e considerável a diferença em suas atitudes, posturas, quando não estavam “intramuros” manicomialmente. As idas à praia. A primeira vez que um deles utilizou um elevador (somente pela curiosidade, pela novidade, afinal, era apenas um andar). Era gritante a diferença entre estar dentro e fora daqueles muros. E apesar do medo e ansiedade de alguns profissionais, os

¹⁸CUNHA, 1986.

chamados “passeios” foram certamente o que melhor se fez por eles (os ditos doidos, e também, pelos não doidos – profissionais e estagiários) àquela época.

(...) A dimensão sociocultural também é muito importante, pois trabalhamos para transformar a relação da sociedade com as pessoas em sofrimento mental.¹⁹

Loucos são pessoas invisíveis para uma parcela, provavelmente a maior parcela da população. E eles circulam, habitam, fazem parte, constituem-se na e com a cidade. Os textos de *sites* acadêmicos que subsidiaram este estudo são advindos da Medicina. Textos escritos por e para Psicólogos não foram encontrados. Procurou-se entender academicamente o que levou à criação da eletroconvulsoterapia e como, com que intuídos, foi utilizada em pacientes do Estado.

O retorno do louco ao convívio social estava condicionado à possibilidade de uma adaptação mínima às regras do coletivo.²⁰

Em “O Espelho do Mundo”²¹, Maria Clementina Pereira Cunha explica o nome de seu livro associando-o ao livro de Lewis Carrol – “Aventuras de Alice no País das Maravilhas”.²²

(...) Produto da imaginação e do sonho, não configura uma ameaça. A loucura, pelo contrário – associada tantas vezes na fala do saber a uma dimensão onírica que a distancia do “real” –, constitui uma ameaça concreta e palpável: desvio da imaginação, reverso da razão, fim da inteligibilidade, uso indevido da liberdade são algumas definições através das quais, desde o final do século XVIII, tentou-se decifrar estas “criaturas do espelho” que insistem em aparecer fora dos ingênuos sonhos infantis da era vitoriana.²³

Estagiário de Psicologia sonhando com louco? Com uma “figura” “do outro lado do espelho”? Confuso. E bonito.

Em um artigo sobre a Luta Antimanicomial, Paulo Amarante diz:

(...) Machado foi, sem sombra de dúvida, o pioneiro na crítica ao saber e às instituições psiquiátricas no Brasil (...).

¹⁹ AMARANTE, Paulo. Rumo ao Fim dos Manicômios. **Revista Mente e Cérebro**, edição 164, setembro de 2006. Disponível em: www.mentecerebro.com.br, Acesso em: set. 2006.

²⁰ PORTOCARRERO apud VECHI, Luis Gustavo. Iatrogenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil. **Estudos de Psicologia**. Natal, v.9, n.3, p. 489-495, 2004.

²¹ CUNHA, 1986.

²² CARROL, Lewis. **Aventuras de Alice no país das maravilhas**. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

²³ CUNHA, 1986.

(...) Os hospícios, como já no ensinou Simão Bacamarte, devem ser fechados.²⁴

Machado de Assis antecipou questões, dentre as quais estão algumas que são debatidas, atualmente, quando se trata da loucura.

– Não há remédio certo para as dores da alma; (...)
(...) A loucura, objeto dos meus estudos, era até agora uma ilha perdida no oceano da razão, começo a suspeitar que é um continente.
– Nada tenho que ver com a ciência; mas se tantos homens em que supomos juízo são reclusos por dementes, quem nos afirma que o alienado não é o alienista?²⁵

Segundo Amarante, e segundo (ou seguindo) Machado:

(...) Machado antecipou todas as críticas ao paradigma psiquiátrico que anos depois seriam aprofundados por autores como Michael Foucault, Franco Basaglia (...)²⁶

²⁴AMARANTE, 2006.

²⁵ASSIS, 2007.

²⁶AMARANTE, 2006.

“Mas se a linguagem humana, curvada sob o peso da sintaxe reflexiva e dos significados padronizados, não é capaz de dar cabo sequer de uma experiência tão trivial, que utilidade ela pode ter para descrever algo maior?”

(Do livro Clarice, de Benjamin Moser, página 270)

4. RECURSOS METODOLÓGICOS (OU A NÃO METODOLOGIA)

A princípio, pensou-se em entrevistar pacientes, ex-pacientes, funcionários e ex-funcionários de hospitais e clínicas psiquiátricas, analisar as entrevistas, e relacioná-las à literatura existente sobre a ECT. Algo quase alheio a uma metodologia específica, bem delimitada, de pesquisa. Desejo de certa liberdade metodológica, concomitante a uma “resistência” prévia a “cartografar”, entendida aqui como uma tendência, um modismo. Porém, voltar a ler Suely Rolnik, em *Cartografia Sentimental*²⁷, possibilitou uma quebra no preconceito ao “conceito”. O que se pretende, portanto, neste estudo, “antropofagando” Rolnik, é cartografar.

Estendido para o domínio da subjetividade, o princípio antropofágico poderia ser assim descrito: engolir o outro, sobretudo o outro admirado, de forma que partículas do universo desse outro se misturem as que já povoam a subjetividade do antropófago e, na invisível química dessa mistura, se produza uma verdadeira transmutação.²⁸

Neste mesmo texto²⁹, Rolnik faz alusão ao “inconsciente maquínico”, explicando que tal termo “define a operação por excelência do desejo: agenciar elementos de uma infinita variedade de universos e, a partir do que se engendra nesse agenciamento, produzir as múltiplas figuras da realidade”. Isso, não como uma referência à transcendência e suas imagens a priori, seu modo identitário-figurativo. Mas sim, referindo-se à imanência, ao “corpo sem órgãos”, ao modo antropofágico de subjetivação. Modo esse, que é caracterizado pela desmistificação, de todo e qualquer valor a priori, descentralizando e tornando tudo igualmente bastardo³⁰.

Rolnik³¹ explicita que a noção de antropofagia foi inspirada em prática de índios tupis, que consistia em devorar os inimigos. Contudo, somente os bravos guerreiros – ritualizando-se uma determinada relação com a alteridade,

²⁷ROLNIK, Suely. **Cartografia Sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina. Editora da UFRGS, 2011.

²⁸ROLNIK, Suely. **Esquizoanálise e Antropofagia**. 1998a. Disponível em: <http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/Antropesquizoan.pdf>. Acesso em: setembro de 2011.

²⁹ROLNIK, 1998a.

³⁰ROLNIK, Suely. **Subjetividade Antropofágica**. 1998b. Disponível em: <http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/Subjantropof.pdf>. Acesso em: setembro de 2011.

³¹Ibid..

selecionando seus outros em função da potência vital que sua proximidade intensificaria, deixando-se afetar a ponto de absorvê-los.

E aqui cabe uma intervenção. Cartografia não é exatamente um método de pesquisa. É um princípio de pesquisa que se utiliza de uma série de recursos metodológicos em que o que é importante é o que vai ser utilizado para a realização da pesquisa, o que vai ajudar a ouvir o princípio do pesquisar, problematizando as escolhas, levando em consideração o que faz ou não sentido na pesquisa, o que dispara falas e o que dispara silêncios. É, em última instância, criar um “jeito” de pesquisar.

Você próprio é que terá de encontrar algo que desperte seu corpo vibrátil, algo que funcione como uma espécie de fator de a(fe)ktivação em sua existência. (...) Enfim, você é quem sabe o que lhe permite habitar o ilocalizável, aguçando sua sensibilidade à latitude ambiente. (...) teoria é sempre cartografia. (...) o cartógrafo serve-se de fontes não só escritas e nem só teóricas. (...) ele sabe que deve “inventá-lo” em função daquilo que pede o contexto em que se encontra. Por isso **ele não segue nenhuma espécie de protocolo normalizado. O que define, portanto, o perfil do cartógrafo é exclusivamente um tipo de sensibilidade (...).**³²

As entrevistas (escutas?) foram realizadas com profissionais que trabalham com a temática da loucura, quatro médicos psiquiatras, a respeito do que entendem sobre eletroconvulsoterapia (ECT). E não somente com aqueles que aplicaram o eletrochoque – como foi pensado anteriormente, para esta pesquisa. Com relação às escutas com os “doidinhos”, uma delas foi disparada por uma conversa prévia sobre as mudanças em relação a estar fora e dentro do hospital, e sobre fotos da época do estágio nas residências. A princípio, pretendia-se entrevistar quatro pessoas que houvessem passado pela experiência da eletroconvulsoterapia. Após contato com a Oscip que administra as residências terapêuticas no Estado e visita à primeira residência masculina para a realização das entrevistas, soube-se que um único morador havia passado pelo eletrochoque. Foi realizado contato com o Caps localizado no município de Cariacica e, posteriormente foram realizadas duas entrevistas das dependências do mesmo. Uma delas com um morador de uma das dez residências inauguradas em abril de 2011, e outra com um usuário do Caps que não passou pelas residências.

³²ROLNIK, 2011.

As duas primeiras residências do Estado foram inauguradas no segundo semestre de 2004, ambas localizadas no município de Cariacica. Uma residência composta por oito moradores do sexo masculino e outra com cinco moradoras do sexo feminino.

Houve um trabalho prévio à inauguração das casas no antigo hospital como preparação para a ida dos então pacientes para as residências. Uma enfermaria em cada ala do hospital foi destinada aos pacientes mais autônomos. Enfermarias essas que foram intituladas de “pré-lares”. Nelas, os pacientes contavam com armários individuais para guardarem suas roupas, roupas que anteriormente a esse processo eram divididas por numeração de acordo com cada enfermaria. Havia também a possibilidade de os pacientes lavarem sua própria roupa e fazerem as refeições fora do refeitório coletivo. Os profissionais envolvidos nesse processo diziam que as residências representavam a “luz no fim do túnel”, pois durante anos o tratamento daqueles pacientes restringia-se ao interior dos muros do hospital. Era um projeto que “precisava dar certo”, pois havia o desejo de ampliá-lo. Motivo pelo qual foram selecionados os pacientes mais autônomos para essas primeiras residências.

Outras três residências foram inauguradas algum tempo depois.

Em abril de 2012 foram inauguradas outras dez residências no Estado, retirando do hospital oitenta pacientes que eram considerados moradores daquele hospital e que possuíam vínculos fragilizados com os familiares ou que não mais possuíam vínculos.

Essas mudanças então deram fim àquela configuração antiga e o hospital passou a ser de atenção clínica contendo inclusive leitos para internação psiquiátrica.

Muito recentemente, em nove de maio de 2013, foi veiculada reportagem no Século Diário (em <http://www.seculodiario.com.br/exibir.php?id=8259&secao=15>) alertando para os problemas estruturais do antigo hospital que atualmente conta com um pronto socorro psiquiátrico além de receber pacientes clínicos em estado crítico encaminhados por outras unidades. A reportagem denunciava além de problemas estruturais, como mofo e infiltrações, a falta de equipamentos; além de denúncia de assédio moral contra a antiga direção.

Entende-se como relevância deste estudo, a produção de maior visibilidade das práticas utilizadas no campo que se intitula Saúde Mental. Objetivou-se comparar a eletroconvulsoterapia, desde sua criação e teoria, às práticas com que foi aplicada.

Afinal, foi esta prática utilizada com vias à cura, ou simplesmente como forma de castigo, punição? Pretendendo, também, investigar os mecanismos de poder e controle por ela evidenciados. Questionando ainda, em se tratando de loucura, a possibilidade, ou não, em se falar de cura como ausência de doença, enfermidade. Antes, pois, buscar investigar o que é a loucura; e a saúde mental versus doença mental.

*“A loucura é vizinha da mais cruel sensatez”
(Clarice Lispector, no livro Clarice, de Benjamin Moser, página 345)*

5. RETOMADA DO CONTATO COM A LOUCURA

Ao longo da produção deste trabalho, houve a retomada da frequência nas reuniões do Núcleo de Luta Antimanicomial. Reuniões essas, que se tornaram constantes tendo em vista a aproximação do “18 de Maio” – Dia da Luta Antimanicomial. As reuniões da Luta representaram uma etapa na retomada de contato com a loucura. E, como se supõe que a eletroconvulsoterapia não seja tema corriqueiro, entendeu-se que a frequência nessas reuniões pôde representar uma via de mão dupla: auxílio no desenvolvimento desta pesquisa e discussão de um tema relevante no âmbito da saúde mental.

O dia 18 de maio, Dia da Luta Antimanicomial, em 2012 foi “comemorado” nas dependências do Saldanha da Gama em Vitória. Dia chuvoso, embora lindo e mágico. A mesa de abertura contou com a fala de um advogado, uma usuária dos serviços substitutivos, dentre outras pessoas. Em conversa com um colega do grupo de orientação do Mestrado, ele ressaltava a emoção, lágrimas nos olhos mesmo, com algumas das falas. Falas potentes. Nas reuniões do Núcleo da Luta, por vezes retomou-se o que se quer comemorar e ou discutir nesses eventos. Alguns apoiam a ideia de que se deve falar mais da situação dos hospitais psiquiátricos, colocar mais “às claras” para a população que não tem contato com a causa o que se passa com os usuários, principalmente com as pessoas que ainda se encontram internadas em instituições com caráter asilar. O evento daquele ano, especificamente, teve a parte política, e não partidária, no início. Após lanche compartilhado com todos, houve uma espécie de roda de samba, em que todos tocavam instrumentos, pediam músicas e cantavam. Todos! Profissionais da área, estudantes, familiares de usuários dos serviços, os próprios usuários. Satisfação em encontrar pessoas da época do estágio. Profissionais e ex pacientes daquele hospital que hoje dizem não ser mais o mesmo. Mas há falas desencontradas.

A certa altura da festa, a música movimentou os convidados. Todos dançaram, esquecendo-se de onde estavam. As diferenças desapareceram. Não havia mais doentes, nem os considerados sãos. Havia apenas gente que se mostrou capaz de gostar de gente.³³

³³ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração, 2013.

Mas a maior surpresa foi ver de longe um usuário do Caps, em uma época que as horas do estágio tiveram que ser “cumpridas” nesse local. O reconhecimento não demorou, e entre abraços, emoção e lágrimas, ele disse que não se esquecera do CD com músicas da Legião Urbana que ganhou de presente dos estagiários. Promessa de um novo presente, uma foto em que estão o usuário do Caps e os quatro estagiários. Promessa cumprida numa das idas ao Caps para realização de entrevistas para essa dissertação.

Recordação do dia da qualificação deste estudo, em que o professor convidado recomenda um autor, Peter Romme, que falava dos “ouvidores de vozes”. Dizia o professor que o autor ouvia os usuários de saúde mental, que, segundo o mesmo, são os maiores “entendedores” do assunto. Houve ainda elogios à coragem em estudar e questionar uma técnica que nem em artigos, livros e que nem entre os profissionais médicos, há consenso sobre; e o fato de dar voz aos usuários. “Todo mundo fala deles, mas eles não são ouvidos.” Do caderno rosa. Então, que se ouçam os “ouvidores de vozes”!

Em 10 de outubro de 2012 foi realizado um evento em frente à Assembleia Legislativa do Estado relacionado ao Dia da Saúde Mental. Evento discutido previamente nas reuniões do Núcleo. Muita gente, muitos usuários, moradores das residências, estudantes, familiares. Pretendia-se fazer um ato público com distribuição de panfletos denunciando a Clínica Santa Isabel. Por algum percalço, os panfletos “chegaram” tarde.

Alguns moradores da Primeira Residência Terapêutica do Estado do Espírito Santo, pessoas que eram acompanhadas na época do estágio, compareceram ao evento. Dois não estavam ali. Em conversa com um dos moradores, ele explicou que um deles não quis ir e o outro havia perdido a mãe fazia pouco tempo e não estava muito bem. A lucidez do morador dessa conversa espantava. Não que ele não o fosse. Mas havia a lembrança de um homem que caminhava mancando de uma perna, meio que chutando, usava muitas roupas sobrepostas mesmo em dias mais quentes, tinha os dentes “cerradinhos” próximos à raiz, andava sempre de boné e sempre escrevia cartas com elogios e depois pedindo algo (algumas delas estão guardadas até hoje). Algo como: “você é linda como um anel de brilhante, me dá uma bíblia?” Retornou à memória o dia em que os estagiários agendaram para que a Polícia Civil fosse à primeira residência para serem feitas as carteiras de identidades dos moradores desta e da primeira residência feminina conjuntamente.

A idade desse morador foi motivo de estarecimento. Ele tinha quarenta e um anos, mas aparentava estar beirando os setenta. Retorno ainda da lembrança de um dia que esse mesmo morador foi visto sozinho próximo à Universidade Federal do Espírito Santo em Goiabeiras, bairro de Vitória. Receio em ligar para a casa dele e perguntar se havia acontecido algo. Ao telefone, após a identificação da estagiária, a cuidadora que atendeu falou que não era preciso preocupação porque ele já saía, andava sozinho pelas cidades fazia tempo!

Antes do Dia da Saúde Mental, em 25 de agosto de 2012, estudantes da graduação de Psicologia da Ufes, usuários dos serviços de Saúde Mental, familiares, membros do Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial e representantes do Conselho Regional de Psicologia (CRP 16) estiveram em Cachoeiro de Itapemirim para uma manifestação contra a Clínica Santa Isabel. Era sábado e duas vans saíram bem cedo rumo ao sul do Estado. O movimento foi iniciado por estudantes de uma faculdade de Cachoeiro e amplamente divulgado em uma rede social na internet. Havia viaturas da polícia militar em frente à Clínica aguardando os manifestantes. Foram feitos cartazes e panfletos e um carro passava músicas relacionadas ao tema. Os panfletos eram distribuídos aos transeuntes, às pessoas nos carros e também nos ônibus.

Descobriu-se que ao longo do muro da clínica dava para avistar janelas de uma das enfermarias. Houve manifestação de algumas internas que falavam de maus tratos, do desejo de ir embora daquele lugar, batiam palmas para os manifestantes e relatavam ainda que uma enfermeira dizia que depois iria amarrá-las. Algumas das falas das internas foram registradas em vídeo.

A manifestação foi indo em direção ao centro da cidade em passeata. Um dos policiais tentou convencer de que essa atitude era arriscada, que aos sábados o centro fica muito cheio... Os manifestantes preferiram “correr o risco”, principalmente para expor aquela situação, que parece tão conhecida, mas ao mesmo tempo velada naquela cidade.

Antes da passeata, porém, uma espécie de venda localizada em frente à clínica foi usada como ponto de apoio aos manifestantes para uso de banheiro e compra de água e algo para lanche. Uma das pessoas que trabalhava na venda indagou o que aquelas pessoas faziam ali. Explicou-se que a manifestação era contrária ao modelo manicomial asilar, que havia outras formas para tratamento de loucos, que eles não precisavam ficar presos em instituições como aquela. O senhor

indagou se a clínica fecharia e se iriam colocar aquelas pessoas na rua. Deu-se o exemplo do que aconteceu com o antigo Hospital Adauto Botelho, que foram criados serviços substitutivos para as pessoas que não conseguiam retomar o contato e convívio com familiares. Ele ainda relacionou a manifestação a alguma questão político partidária, afinal, 2012 foi um ano eleitoral. Não foi muito simples explicar que a manifestação era por uma causa.

Voltando à passeata: algumas pessoas a seguiram, olhares curiosos, adolescentes achando aquele bando de gente com cartazes e gritando frases de ordem engraçado. Cantavam: “O nosso som é o som da liberdade, a nossa voz ecoa nessa cidade. Se o manicômio é amargo como fel, vamos fechar a Santa Isabel.” E ainda: “Vieram os homens de jaleco e me trancaram nesse inferno. Quem é louco que me diga: quanto vale a minha vida?” Uma rede de TV local acompanhou, filmou e fez entrevistas. Os manifestantes pararam em uma praça principal no centro da cidade. A quem perguntasse, era esclarecido que havia denúncias contra a clínica relacionadas a maus tratos e inclusive a mortes. Os diversos cartazes foram pregados nas palmeiras da praça e houve bastante conversa e esclarecimentos a quem interessasse.

Após reunião ordinária do Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial e sugestão de alguns membros participarem do Pnash – Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – juntamente a algumas pessoas da Secretaria de Saúde (Sesa), em 19 de novembro de 2012 foi realizada essa espécie de vistoria na Clínica de Repouso Santa Isabel em Cachoeiro de Itapemirim. A direção da clínica recebeu os membros do Núcleo da Luta Antimanicomial, as profissionais da Secretaria de Saúde, juntamente a uma equipe do Caps AD e outra da Vigilância Sanitária, ambas do município. Após almoço e entrega e revisão de documentos, houve uma conversa com a única profissional de Psicologia para os trezentos e noventa leitos existentes naquela época. Fora os vinte leitos particulares. Ela relatou que trabalhava principalmente com grupos, dentre eles o grupo “de alta”, o de homens, o relacionado aos Alcoólicos Anônimos etc; e que havia muitos que entravam e saíam da clínica e ela não fazia nem um primeiro contato. Falou ainda da dificuldade em manter uma clínica com um repasse tão irrisório da Secretaria de Saúde, fornecendo cinco refeições por dia, com médicos, psicólogo, assistentes sociais e outros profissionais. Disse ainda que reproduzia o discurso da direção da clínica por concordar com ele. Ao ser indagada sobre a inviolabilidade das

correspondências dos internos, relatou que o Serviço Social fazia a checagem. Iniciou-se um pequeno debate e foi enfatizado que essa era uma prática utilizada em cadeias e presídios. Houve reconsideração sobre a questão, sugerindo perguntar à assistente social, pois não era a ela quem realizava tal procedimento. A psicóloga salientou que outro hospital no mesmo município recebia uma verba cerca de dez vezes maior que a repassada à clínica para o tratamento dos internos.

A “visitação” iniciou-se pela ala masculina. Impressão de que havia gente demais ali! Quartos compridos, com cerca de seis camas cada e nenhum armário. Uma pequena “sala de TV” com uma televisão mal sintonizada e com som relativamente alto em frente a um dos postos de enfermagem em que junto aos funcionários da clínica, eram selecionados prontuários de pacientes, e se aqueles pacientes teriam condições de responder a um pequeno questionário (pensando em grau de comprometimento por causa de medicação e etc). A “pré seleção” dos prontuários, a princípio pareceu idônea, pois quando era dito o nome de algum paciente, mais de um funcionário respondia, praticamente ao mesmo tempo, que fulano conseguiria ou não responder. Antes de descer a rampa para voltar ao térreo e selecionar os últimos prontuários da ala masculina, percebeu-se que um enfermeiro conduzia um paciente para o andar de baixo. Uma funcionária ajudava a esse paciente que foi conduzido até ali a tirar a camisa. Quando menos se espera, a mulher o auxilia a baixar também a bermuda e o paciente ficou nu ali no meio da enfermaria, no meio de todos. Quando essa funcionária percebeu a presença da equipe que realizava a vistoria (e todos os funcionários deviam ter sido avisados previamente) soltou um “ai meu Deus do céu”. A psicóloga, tranquilamente, disse para ela levá-lo a outro lugar para trocar de roupa. Mas não ficou difícil perceber que a privacidade do paciente ali é bastante ou totalmente ignorada!

A equipe que realizava o Pnash dirigiu-se então para a enfermaria feminina. Muito mais barulhenta e movimentada! Uma das pacientes veio falar com algumas pessoas da equipe. Disse que foi internada pelo marido, pois ela sofria de depressão, que a mãe havia morrido na sua frente... e que ali sofriam sim maus tratos, que desde a manhã daquele dia ela solicitava por papel higiênico e não a davam... outras duas pacientes vieram dizer que era tudo mentira, que ali elas eram muito bem tratadas, uma delas até trouxe seu rolo de papel higiênico para mostrar. Essa mesma paciente, disse que ela, por exemplo, nunca havia tomado uma “gringada”. Perguntou-se o que era isso. Ela desconversou. Dizendo que é quando

elas brigam, que ali elas não podiam brigar. Mas outra explicou que “gringada” é a injeção que tomam quando brigam ou “arrumam confusão”, ouvida como o famoso “sossega leão”. Foi dito à senhora que se queixava do tratamento da clínica que seu prontuário seria selecionado para responder ao questionário e conversar um pouco. O prontuário dela foi então selecionado. Os enfermeiros pareciam afoitos e pressionavam a equipe a ir embora dali, porque nessa altura, só estavam três membros na enfermaria, os outros já haviam descido. Quando uma dessas três últimas pessoas saía pela porta, sentiu um “tranco” e logo percebeu que uma paciente estava tentando puxar sua bolsa. Alguns enfermeiros se juntaram em torno da “confusão”, e a que “vigiava” a porta dizia para as pessoas da equipe descerem e que depois eles entregariam a bolsa. Não houve tempo de pensar em muita coisa, mas a pessoa da equipe não largou a bolsa, principalmente por dois motivos: não deixaria sua bolsa para trás e receou que a paciente pudesse tomar uma “gringada” assim que virasse as costas.

Deu-se então início às quarenta entrevistas exigidas pelo Pnash (número relativo ao de pacientes de cada hospital). Era explicado a cada paciente selecionado para a entrevista que a equipe estava ali para fazer uma avaliação e que os dados eram sigilosos; ainda que se era contra àquele modelo de tratamento manicomial asilar, que haviam outras formas que não ficar internado em instituições como aquela. Os prontuários eram abertos junto aos pacientes, um a um, eram olhados os motivos da internação, quem os havia levado para a instituição, os encaminhamentos, os medicamentos utilizados, o número de internações etc. A impressão sobre os pacientes que respondiam que quase tudo ali na instituição era “bom” (o questionário compreendia perguntas com respostas relativas ao grau de satisfação do paciente numa escala que ia do excelente ao péssimo), era que não haviam entendido bem o questionário, que o “entrevistador” não soube como explicar, ou ainda que foram instruídos previamente a não dizerem coisas ruins sobre a clínica. Além de uma entrevista “institucional”, o Pnash representou uma intervenção naquela instituição. A maioria dos pacientes nunca tinha sequer visto seu próprio prontuário, ou sabia o porquê de estar internado.

Dois pacientes não responderam “satisfatoriamente” ao questionário e solicitou-se que chamassem outros dois para a entrevista (as determinações do Pnash sugerem que isso seja feito). Soube-se, por exemplo, que a família do interno tem que mandar quarenta reais mensais para as funcionárias da própria clínica

lavarem as roupas dos pacientes “por fora” e que a maioria nunca tinha tido atendimento psicológico, e muitos nem da assistente social. Chamou a atenção uma moça que estava lá havia dez anos e que dizia nunca ter sido atendida nem por psicóloga nem por assistente social. Enquanto entrevistava os pacientes, se tentava checar as informações nos prontuários, como data de entrada etc. Espantoso foi que mesmo pacientes que diziam nunca terem sido atendidos nem por psicóloga nem por assistente social, em seus prontuários constavam registros de atendimentos.

Em determinado momento, uma pessoa da equipe do Pnash dirigiu-se até o corredor com um prontuário de uma paciente que substituiria um dos que não responderam satisfatoriamente ao questionário. Veio então uma senhora muito branca e aparentemente muito tímida, ou até retraída. Pediu-se a ela que se sentasse na carteira para começar a conversa. Foi explicado a ela o mesmo que aos outros pacientes. Ela nada falou e em alguns momentos até olhava para o outro lado. A entrevistadora disse à senhora que não queria aborrecê-la e que solicitaria outro paciente para responder ao questionário. Saíram da sala juntas, a entrevistadora disse às duas funcionárias da clínica que estavam no corredor com outros pacientes que aquela senhora não quis conversar e que chamassem outra pessoa. Para o total espanto do membro da equipe as funcionárias disseram que aquela senhora era muda. Recordação do índio “mudo” do filme “Um estranho no Ninho”, que de mudo não tinha nada, mas apenas emudeceu num lugar como aquele talvez como subterfúgio para sobreviver. Questionou-se o simbólico do evento. Qual o intuito de trazer uma senhora muda para uma avaliação em que a fala era necessária? Soube-se, inclusive, que a senhora que reclamou de maus tratos na enfermaria feminina e que fora prometido a ela que seria entrevistada não foi entrevistada. Aparentemente, a equipe selecionou outra pessoa no lugar dela.

O objetivo geral do Pnash é o de “melhorar a qualidade dos serviços hospitalares prestados aos usuários do SUS, respeitando os princípios de universalidade e da equidade”. Seus objetivos específicos compreendem o fortalecimento de parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde; reafirmação do papel do Ministério da Saúde como órgão regulador, normatizador e fiscalizador do Sistema de Saúde no âmbito nacional; estabelecimento de padrões de qualidade de atendimento; unificação de parâmetros mínimos nacionais de avaliação dos serviços hospitalares pelos usuários e gestores do SUS; implantação de sistemática anual de aferição da qualidade de atendimento prestado pelos

hospitais da rede do SUS e o grau de satisfação dos seus usuários com o atendimento recebido; divulgação, preferencialmente anual, do retrato da situação dos serviços hospitalares, na visão do usuário e gestores do SUS; e dimensionamento de ações corretivas e de melhoria da qualidade segundo critérios de prioridade. (em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/pnashpsi/PNASH%20PSIQ%20-%20Versao%202003.pdf>)

O Pnash, instituído em 2002 por normatização do Ministério da Saúde é essencialmente um instrumento de avaliação. Permite aos gestores um diagnóstico da qualidade da assistência dos hospitais psiquiátricos conveniados e públicos de sua rede de saúde, indicando, ao mesmo tempo, aos prestadores, critérios para uma assistência psiquiátrica hospitalar compatível com as normas do SUS e descredencia hospitais sem qualidade na assistência prestada. Trata-se da instituição, no Brasil, do primeiro processo avaliativo sistemático, anual, dos hospitais psiquiátricos. Anteriormente à esse programa, a tradição de controle e avaliação ancorava-se em supervisões hospitalares (realizadas por supervisores do SUS) e fiscalizações ou auditorias que atendiam a denúncias de mau funcionamento das unidades. A partir do Pnash, o processo de avaliação da rede hospitalar psiquiátrica pertencente ao SUS passa a ser sistemático e anual, realizado por técnicos de três campos complementares: o técnico-clínico, a vigilância sanitária e o controle normativo.³⁴

O Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – Pnash, deveria ser realizado anualmente. Mas é sabido que no Estado do Espírito Santo essa determinação não vem sendo cumprida. Sabe-se, inclusive, que no ano de 2007 a Clínica de Repouso Santa Isabel impediu a realização da avaliação via Poder Judiciário através de liminar. O Pnash gera uma pontuação que viabiliza, dentre outras coisas, mediante adequações da instituição relacionadas a recursos humanos, por exemplo, de revisão e aumento do valor da diária *per capita* repassada.

Após a realização da avaliação em 2012, a Clínica sugeriu descredenciamento para recebimento de pacientes do SUS. Não é difícil perceber

³⁴Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

que com o valor de R\$ 39 (trinta e nove reais) de diária por paciente, seria difícil manter um bom tratamento aos pacientes de qualquer instituição. Contudo, é concomitante a percepção de que, em não se realizando as adequações propostas após a realização do Pnash, não seria viabilizado o aumento do valor da diária. Essa “celeuma” foi utilizada pela Clínica argumentando não serem possíveis adequações sem verba; *versus* argumentos da Secretaria de Saúde relatando não ser possível aumento de verba sem adequações. Esses fatos justificaram a nota apresentada na página 6 deste estudo.

De 18 a 20 de março de 2013, foi realizado censo na Clínica de Repouso Santa Isabel. Censo esse que objetivou a investigação e conhecimento a respeito dos pacientes da instituição, para dar início, enfim, ao fechamento progressivo dos leitos de longa permanência. Nesses três dias, quatro vans saíam pela manhã de Vitória com destino a Cachoeiro e retornavam ao entardecer. O questionário utilizado fora elaborado previamente pela equipe da Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria de Saúde – Sesa, em conjunto com os colaboradores que realizariam o censo – estudantes de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo – Ufes, e de outras duas faculdades de Cachoeiro, Psicólogos, Assistentes Sociais do Ministério Público Estadual, membros do Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial, entre outros profissionais.

Houve diversas dificuldades para a realização do Censo. Primeiro, quis-se impedir que pessoas que não fossem ao primeiro dia comparecessem aos outros dois. Após conversa com a direção da instituição e algumas deliberações, ficou acordado que em cada posto de enfermagem houvesse um profissional (com respectivo número de registro em conselho profissional) fosse responsável por um grupo de estudantes.

Além de preenchimento de questionário, entrevistas deveriam ser feitas com todos os pacientes. Em reunião ao fim do primeiro dia de trabalho, percebeu-se que não seria possível entrevistar trezentos e oitenta e um pacientes em três dias, mesmo a equipe de colaboradores contando com cerca de cinquenta pessoas por dia. Não sem discussão, ficou estabelecido o preenchimento de todos os questionários mediante consulta aos prontuários; e realização de entrevistas que fossem possíveis.

Pelo fato de a Clínica Santa Isabel receber pacientes de todo o Estado e as internações serem de longa permanência, há pacientes que não possuem vínculos

familiares “satisfatórios” para retornarem ao convívio familiar (sem profissionais suficientes é difícil realizar um bom trabalho com os pacientes, quiçá com seus familiares!); muitos advêm de municípios que não possuem estrutura para tratamento e acompanhamento psiquiátrico etc.

A esperança com a realização do Censo era de que algo efetivo aconteceria em breve em relação àquela instituição. Esperança abalada naqueles mesmos três dias de março, pois fora dito e divulgado que a Clínica não estaria mais recebendo pacientes. Informação refutada por novos prontuários a cada novo dia de censo

“(...) ao Diabo com vocês todos, se todos vocês filhos da (...) estão do lado do Bem, então estou mui contente em fazer parte da outra loja.”
(Alex Delarge, em Laranja Mecânica, de Anthony Burgess, página 73)

6. APONTAMENTOS SOBRE A HISTÓRIA DA ELETROCONVULSOTERAPIA

A resolução 1640 de 2002 do Conselho Federal de Medicina (CFM) dispõe sobre a eletroconvulsoterapia e dá outras providências. Contém dez artigos que atestam, principalmente: a ECT é um “método terapêutico eficaz, seguro, internacionalmente reconhecido e aceito, deve ser realizada em ambiente hospitalar”; que seu emprego “é um ato médico, o que faz com que sua indicação, realização e acompanhamento sejam de responsabilidade dos profissionais médicos que dela participarem”; que deverá haver consentimento por escrito do paciente, antes de se dar início ao tratamento, em o paciente não tendo condições para fornecer o consentimento, este poderá ser obtido junto a familiares ou responsáveis, não havendo familiares ou responsáveis, o médico que indicar e/ou realizar a eletroconvulsoterapia, será o responsável; é obrigatória a avaliação do estado clínico anterior à aplicação do procedimento; a ECT somente pode ser realizada sob procedimento anestésico; atesta ainda que a eletroconvulsoterapia tem indicações precisas e específicas, não se tratando, portanto, de terapêutica de exceção; ressalta que as principais indicações da técnica são para “depressão maior unipolar e bipolar; mania (em especial, episódios mistos e psicóticos); certas formas de esquizofrenia (em particular, a forma catatônica), certas formas agudas e produtivas resistentes aos neurolépticos atuais; transtorno esquizoafetivo; certas condições mentais secundárias às condições clínicas (estados confusionais e catatônicos secundários a doenças tóxicas e metabólicas); certas formas de doença de Parkinson; pacientes que apresentam impossibilidade do uso de terapêutica psicofarmacológica”; e por fim, salienta que seu uso em crianças e adolescentes até 16 anos deve ser evitado, salvo em condições excepcionais. (em http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2002/1640_2002.htm)

Muito importante na realização deste trabalho, foi o livro *Shock Therapy – A History of Eletroconvulsive Treatment in Mental Illness*, de Edward Shorter e David Healy, que se tornou imprescindível como revisão bibliográfica para a elaboração desta pesquisa.

Os primeiros resultados positivos da ECT consolidaram o princípio convulsivo no tratamento de doenças mentais³⁵. Rapidamente, a escolha pelo uso da eletricidade,

³⁵SHORTER, E.; HEALY, D. **Shock Therapy** – A History of Eletroconvulsive Treatment in Mental Illness. Rutgers University Press – New Brunswick. New Jersey and London. 2007, p.33.

como agente, passa a ser referência no tratamento de clínicas psiquiátricas, devido a sua rapidez de resposta e “pouco efeito colateral”.

No início do capítulo sexto, do livro *Shock Therapy*, intitulado “ECT não cria zumbis”, uma das preocupações indicadas sobre os contrafeitos do tratamento eletroconvulsoterápico diz respeito aos danos à memória dos pacientes. Relata que os contrafeitos físicos foram relativamente superados, rapidamente, na história da ECT, tanto que por volta da década de cinquenta, fraturas vertebrais e de outros ossos se tornaram um fenômeno do passado. Mesmo assim, a perda de memória continuou acompanhando a ECT, e sua ameaça permaneceu na mente de pacientes e de muitos aplicadores, tanto que, até 1970, isso havia se tornado um grande “bicho de sete cabeças” – induzindo pacientes e familiares a excluir a possibilidade da terapia convulsiva. Lothar B. Kalinowsky, um psiquiatra americano, disse em 1942: “Em desordens mentais severas, a morte social (estigma social) é o resultado em tão grande porcentagem que nos leva a assumir o risco.”³⁶ .

Havia resistência ao tratamento, no início da utilização da eletroconvulsoterapia, nos primeiros anos da década de quarenta. Abraham Myerson notou sentimento de ansiedade, em relação à ECT, no Hospital de Boston, em 1941. A resistência seria, provavelmente, relacionada ao medo geral associado à situação de estar inconsciente. Louis Wender, chefe de Psiquiatria em Hillside, relatou que, na maioria dos casos, não havia dificuldade em conseguir a cooperação dos pacientes. Apesar de todos terem desenvolvido o medo, isso não foi suficiente para impedi-los de retornarem para mais intervenções. Em meados da década de cinquenta, Ugo Cerletti (um dos criadores da eletroconvulsoterapia) intitulou o medo crescente como “ansiedade tardia”. Para diminuí-la, prescrevia barbitúricos. Posteriormente, outros clínicos passaram a prescrever novas drogas antipsicóticas para aliviar o medo dos pacientes.

Em relação à perda de memória associada à ECT, Shorter e Healy (2007), relatam em seus estudos que as estatísticas relacionadas se mostravam sem importância por serem muito subjetivas. As discussões a respeito do metrazol (terapia convulsiva adotada anteriormente à eletroconvulsoterapia) e da ECT, entre 1930 e 1940, relatavam que a perda de memória e a desorientação eram fenômenos transitórios que exigiam pouca preocupação. Afirmavam que as mudanças na

³⁶KALINOWSKY apud SHORTER; HEALY, 2007, p. 104.

atividade cerebral poderiam gerar desajustes de memória, mas poderiam, também, aliviar um estado agudo de sofrimento mental. Além disso, a ECT não seria indicada para todos os tipos de pacientes psiquiátricos.

Em 1945, Kalinowsky reuniu os sintomas consequentes ao tratamento pela ECT, e os explicou como uma síndrome orgânica cerebral transitória. Avaliou a perda de memória como o mais comum, mas não o único sintoma orgânico mental ocasionado pela ECT. Enfatizou a brevidade dessa síndrome e disse que o tratamento não deveria ser interrompido caso isso ocorresse. Saliou ainda, que a ECT provocaria problemas concretos envolvendo memória.³⁷

A partir de 1940, especialistas em ECT tentaram reduzir os efeitos relacionados aos problemas de memória através da diminuição do montante de eletricidade aplicado ao cérebro, porém com a produção de um limiar convulsivo. Acreditava-se que existia uma relação entre a perda de memória e a eficácia terapêutica. Essa era a lógica que justificava a ECT intensiva, que tinha como proposta maximizar os problemas de memória e não minimizá-los. O ponto de vista atual é de que a eficácia e a amnésia não têm relação entre si. Em 1979, Max Fink, do Departamento do Hospital Hillside, escreveu em seu guia de ECT: “a eliminação da amnésia não deve interferir na eficácia terapêutica”.³⁸

Em 1941, Kalinowsky, Eugene Barrera e William Horwitz, no Instituto de Psiquiatria do Estado de Nova Iorque, descobriram que em 27 pacientes tratados apenas com pequenas descargas elétricas, nenhum se curou da doença original; e, dentre os que foram tratados com grandes descargas elétricas, 7 se recuperaram completamente e 4 melhoraram em muito seu estado. Ficou claro que a convulsão é o mecanismo básico da eletroconvulsoterapia.³⁹

Houve esforços relacionados à área de aplicação dos eletrodos na ECT, na intenção de poupar áreas do cérebro não motoras. Contudo, o lado desfavorável desta técnica, intitulada “unilateral direta”, era o fato de ser menos efetiva que a ECT “bitemporal” ou “bifrontal”, que estimulava diretamente outras áreas do cérebro. Após pesquisas, concluiu-se que a eletroestimulação unidirecional parecia oferecer doses convulsivas marcadamente menores que a exigida para as técnicas que utilizam a corrente alternada.

³⁷KALINOWSKY apud SHORTER; HEALY, 2007, p. 114.

³⁸FINK apud SHORTER; HEALY, 2007, p. 115.

³⁹KALINOWSKY; BARRERA; HORWITZ apud SHORTER; HEALY, 2007, p. 115.

Em 1949, Cerletti relatou que pacientes se sentiam mal com técnicas de corrente fraca, porque a maioria já havia recebido grandes descargas elétricas: não ficavam inconscientes imediatamente e experimentavam de forma desagradável a passagem de eletricidade, desencorajando-os a buscar outras aplicações. Concluiu que a ECT tem a vantagem de ser um procedimento “surpreendentemente inofensivo” (o que é questionado neste trabalho) e que qualquer alteração na sua simplicidade deveria ser tentada de forma cuidadosa, com relação à sua segurança.⁴⁰

A sensação, durante a passagem da corrente elétrica, era comumente aliviada com anestesia. Na técnica de Cerletti (corrente alternada) era desnecessária, porque o paciente ficava inconsciente instantaneamente. David J. Impastato, de Nova Iorque, em 1954, afirmou que as tentativas de realizar as intervenções sem anestesia fizeram com que os pacientes desenvolvessem horror ao tratamento e se afastassem.⁴¹

A corrente unidirecional reduziu a ocorrência de complicações pela metade. As duas mais indesejadas – fraturas graves e contusão severa; além dos defeitos na memória – estavam quase totalmente eliminadas por este método.

Em 1960, descobriu-se que a convulsão era componente terapêutico e que a eletricidade excedente, para além disso, produzia convulsão concomitante a confusão no paciente. A melhora terapêutica e os problemas com memória na ECT vinham de mecanismos diferentes: os problemas de memória como efeito colateral da corrente, e os efeitos terapêuticos, da convulsão.

Testes levaram à conclusão de que a ECT unilateral parecia ser terapêuticamente efetiva e, ao mesmo tempo, poupava a memória do paciente. Era recomendada para idosos deprimidos e com dificuldades de alimentar-se; e para pacientes com inteligência superior, especialmente os que a utilizam para sua subsistência. Shorter e Healy (2007, p. 121), alertam que, com certa arrogância, médicos de elite não se preocupam tanto com a perda de memória em pacientes que têm capacidade de compreensão mais baixa. Somente a memória das mentes consideradas superiores precisava ser protegida. Encaminhavam para a ECT bilateral, depressivos com intelecto abaixo da média, pacientes suicidas em

⁴⁰CERLETTI apud SHORTER; HEALY, 2007, p. 117.

⁴¹IMPASTATO apud SHORTER; HEALY, 2007, p. 117 e 118.

potencial, esquizofrênicos catatônicos tidos como perigosamente impulsivos, e pacientes que não respondiam à terapia unilateral.

Questionamento que emerge: o que está se fazendo, ou ainda, o que sempre se fez dos resultados das pesquisas? Como escolher o ser humano a ser tratado com uma técnica mais ou menos torturante, dolorida, penosa, danosa? Reverberação do questionamento: parece que o sistema público e os convênios de saúde, às vezes, entendem que os seus usuários talvez não precisem dos melhores tratamentos. Não se negligencia aqui a real dificuldade com as verbas viabilizadoras, por diversas questões. Porém, o que se tem feito com a vida da população que necessita e utiliza esses serviços?

Em 1984, Kalinowsky observou que todos tentaram a ECT unilateral e muitos retornaram à bilateral, apesar dos efeitos indesejáveis de confusão dos pacientes durante curto período após o tratamento. Muitas depressões eram dissipadas com seis ou menos sessões. Com a unilateral isso acontecia entre 6 e 12 sessões. A necessidade de aplicação do dobro de anestésias é um risco potencial para os pacientes.⁴²

Shorter e Healy (2007, p. 122-125), citam ainda uma técnica convulsiva não elétrica popularmente conhecida como *indoklon*, que incitava convulsões quando inalado. Pacientes se recuperavam sem qualquer problema de memória. “E ‘gás’ soava melhor que eletricidade.” O termo “convulsão” era omitido e citado apenas como pequena advertência a respeito da droga.⁴³ Ainda assim, as fraturas resultantes do procedimento foram fator contrário à sua utilização. Posteriormente, utilizou-se barbitúrico para aliviar a ansiedade, e *succinilcolina* – um relaxante – para abolir danos à musculatura. *Indoklon* também foi utilizado através de injeções intravenosas. Por um tempo, pareceu que esta técnica substituiria a ECT, pois requeria menos aparelhagem e era ideal para pacientes ambulatoriais. Ainda assim, foi descartada. O fabricante disse ter perdido interesse pelo produto. Apesar de o gás exigir menos equipamentos, o procedimento em si envolvia maior preparação.

Em entrevista ao Psiquiatra 2, este relatou acreditar em uma substituição em médio prazo da eletroconvulsoterapia (ECT) pela estimulação elétrica transcraniana. A resolução 1.986 de 2012 do Conselho Federal de Medicina – CFM, reconhece a Estimulação Elétrica Transcraniana (EMT) superficial como ato médico privativo e

⁴²KALINOWSKY apud SHORTER; HEALY, 2007, p. 122.

⁴³SHORTER; HEALY, 2007, p. 123.

cientificamente válido para utilização na prática médica nacional, com indicações para depressões uni e bipolar, alucinações auditivas nas esquizofrenias e planejamento de neurocirurgia. A EMT superficial para outras indicações, bem como a EMT profunda, continua sendo um procedimento experimental. O Psiquiatra vincula sua crença ao fato de a EMT poder ser realizada em ambiente clínico, sem aplicação de anestesia, com o paciente acordado. Durante a entrevista, o profissional mostrou fotos de aplicação de EMT inclusive em “criancinhas” (palavra do Psiquiatra). Em entrevista com o Psiquiatra 3, relatou-se o temor da possibilidade de ser mais uma técnica travestida de menor agressividade ao paciente, porém com possíveis efeitos semelhantes à ECT tradicional.

O advento da psicofarmacologia deu à questão das fraturas relacionadas à eletroconvulsoterapia uma solução definitiva através da introdução de *curare*.⁴⁴ Uma droga que bloqueia a junção dos nervos com os músculos, prevenindo, efetivamente, que os do tipo voluntário se movimentassem. Tendo em vista a alta potência desse medicamento, e o perigo de paralisia dos músculos respiratórios, sua aplicação era restrita a anesthesiologistas. Pacientes sob efeito de *curare* não sofriam mais de fraturas traumáticas. Ainda assim, houve contracorrente por ser facilmente mortal.

Em 1951, o problema das fraturas foi resolvido pela introdução da *succinilcolina*, um bloqueador neuromuscular de ação curta. Posteriormente, aplicou-se *succinilcolina* e barbitúrico (depressor do Sistema Nervoso Central) simultaneamente, juntamente ao oxigênio. Isso corresponde aproximadamente ao procedimento eletroconvulsoterápico utilizado atualmente. O problema com as fraturas havia sido resolvido. Shorter e Healy (2007, p. 130), imaginaram o quanto essas modificações eram realmente necessárias, ou se refletiam muito mais mudanças cosméticas que progressos terapêuticos.

Com relação à polêmica dos danos cerebrais possivelmente causados pela ECT, em 1991, Edward Coffey e seus colaboradores, na Universidade Duke, reportaram-se a um estudo definitivo. Realizou-se ressonância magnética, anteriormente e posteriormente ao procedimento, em 35 pacientes depressivos. Em análise sofisticada das imagens, encontrou-se a estrutura do cérebro intacta imediatamente após a ECT, bem como após seis meses. Estudos esses que levaram à conclusão

⁴⁴Ibid., p. 127.

de que não haveria nenhuma relação entre a eletroconvulsoterapia e danos cerebrais.⁴⁵

Na década de 70, a ECT regressiva foi impedida de ser aplicada por razões políticas, atacada por alegações de uso indiscriminado. A ECT regressiva foi provavelmente uma técnica que apresentava alguns avanços com relação aos transtornos psicóticos crônicos – uma área notoriamente resistente a tratamentos ainda hoje. Era brutal e desumana? Alguns profissionais poderiam achar que sim e a opinião de dois Psiquiatras ingleses ofereceu exemplo da vasta onda de condenação acerca do método: “Nós achamos que utilizar uma técnica tão traumática em função de seu valor terapêutico é algo próximo ao horror”.⁴⁶

Não havia revisão institucional dos procedimentos com relação à ética profissional, não havia protocolo pré-determinado. Esses primeiros pesquisadores não imaginavam que a história, depois, julgaria seus esforços como “abusos” – e demonizaria toda a terapia.⁴⁷

Quando mais tarde, a ECT foi condenada pela mídia e pelos intelectuais, foram os esforços dedicados aos tratamentos múltiplos, próximos uns dos outros, – e que pareciam surtir efeito – que foram citados com horror. Era um julgamento filosófico, e não científico.⁴⁸

E aqui, o texto parece incitar que o que não é científico, neste caso, médico, parece ter relevância menor, diminuída, ou mesmo, parece não ter relevância. Então, que o que se quer, e prioriza, é que não se questione “filosoficamente” os procedimentos ditados pela ciência médica, como se eles fossem dogmas imutáveis *ad eternum*? Se isso fosse levado a cabo, este trabalho talvez não devesse nem ter sido iniciado.

O que a ausência de “progresso” (em relação à ECT, no início dos anos 50) realmente demonstrou foi a falência das pesquisas em direcionar novas aproximações de tratamento e em sugerir novos mecanismos de ação. Esse foi o resultado do desengajamento massivo dos Psiquiatras com relação à ECT após os anos 60, como resultado do estigma produzido.⁴⁹

⁴⁵COFFEY, et all apud SHORTER; HEALY, 2007, p. 135.

⁴⁶SHORTER; HEALY, 2007, p. 139.

⁴⁷Ibid., p. 140.

⁴⁸Ibid., p. 140.

⁴⁹SHORTER E HEALY, 2007, p. 141.

Questiona-se, então, porque uma técnica controversa, e em que não há consensos em relação à sua aplicação e seus efeitos colaterais, é retomada nos Estados Unidos na década de setenta e, mais recentemente, no Brasil.

Na entrevista realizada com o Psiquiatra 2, este afirma que a Medicina está santificada pelo discurso da ciência, discurso que seria intocável e que tem como particularidade “passar por cima” do sujeito. A Psiquiatria sempre fora um desafio para a Medicina, pois esta se identifica muito com o discurso da ciência, não aceitando muitos dos desafios que se apresentam. Desafio impotente frente às doenças mentais, com tratamentos que nunca deixaram de ser cruéis, não se levando em conta o que custava em dores, em agressão aos pacientes. Além do fato de que, quase todos os tratamentos não tinham fundamentos no discurso da ciência, eram pragmáticos.

A eletroconvulsoterapia (ECT) é um tratamento eficaz para uma série de transtornos psiquiátricos. Observa-se, contudo, que sua prática ainda conta com uma série de questões não bem compreendidas. Isso explica, em parte, as diferenças na sua aplicação em diferentes serviços e a falta de protocolos claros para sua execução. (...) O início do desenvolvimento da ECT ocorreu em 1934, quando *Ladislav Von Meduna* (1896-1964) relatou o tratamento bem sucedido da catatonia e de outros sintomas esquizofrênicos com convulsões induzidas farmacologicamente. *Meduna* utilizou esse método com base nas observações prévias de que os sintomas esquizofrênicos frequentemente diminuía após uma convulsão e de que, conforme se supunha incorretamente, a Esquizofrenia e a Epilepsia não poderiam coexistir em um mesmo paciente, de modo que a indução de convulsões poderia “livrar” o paciente da Esquizofrenia. (...) Posteriormente, em Roma, em abril de 1938, *Ugo Cerletti* (1877-1963) e *Lucio Bini* (1908-1964) administraram o primeiro tratamento eletroconvulsivo.⁵⁰

O texto acima, alerta ainda para a crença de médicos e pesquisadores em uma baixa utilização da ECT, devidamente suposta a julgamentos de caráter preconceituoso advindos de informações da mídia e da imprensa “leiga”. Enumera-se que a decisão de sugerir o tratamento eletroconvulsoterápico deveria ser fundamentada em opções disponíveis de tratamento e na consideração dos benefícios e dos riscos.

(...) A frase mais comum para impor obediência, utilizada pelos funcionários subalternos é: “não se faça de louco porque te damos um ‘maquinazo’” (um

⁵⁰PERIZZOLO, Juliana; BERLIM, Marcelo T.; Szobot, Claudia M.; LIMA, Ana Flávia B. S.; SCHESTATSKY, Sidnei; FLECK, Marcelo P. A. Aspectos da prática da eletroconvulsoterapia: uma revisão sistemática. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25, n. 2, Porto Alegre, Ago. 2003. p. 327-334.

choque elétrico). O profissional, é evidente, não utiliza esta expressão, mas, diz: “o paciente está excitado e é conveniente administrar-lhe uma terapia intensiva”... (ou seja, um “maquinazo”).⁵¹

(...) o terror também é pai da loucura (...)⁵²

A eletroconvulsoterapia é o tratamento mais controverso e polêmico da psiquiatria. Sua própria natureza, seu histórico de abuso, as apresentações desfavoráveis da mídia, testemunhos de pacientes que se julgaram lesados, a atenção especial do sistema legal e a opinião leiga tão convincente quanto desinformada, contribuíram para este contexto extremamente controverso.⁵³

A própria discussão sobre a loucura se apresenta como polêmica, controversa. Em artigo publicado na “Ilustrada”, do jornal Folha de São Paulo, em 12 de abril de 2009, intitulado “Uma lei errada”, o poeta Ferreira Gullar se apresenta contrário ao fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos públicos, e à criação de serviços substitutivos (como os CAPS e os chamados Serviços Residenciais Terapêuticos⁵⁴, e mesmo à criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais). Serviços estes que simbolizam e concretizam conquistas do movimento da Reforma Psiquiátrica, da Luta Antimanicomial. Gullar critica a Lei Federal 10.216, aprovada em 2001, que não proíbe a internação de pacientes em hospitais psiquiátricos, mas, estimula a redução de leitos destinados a este fim.

Até descobrirem os remédios psiquiátricos, que controlam a ansiedade e evitam o delírio, médicos e enfermeiros, de fato, não sabiam como lidar com um doente mental em surto, fora de controle. (...) Outro procedimento era o choque elétrico, que surtia o efeito imediato de interromper o surto esquizofrênico, mas, com consequências imprevisíveis para sua integridade mental.⁵⁵

Pelo tom demasiado crítico do artigo, muitas foram as reverberações e respostas no endereço eletrônico do jornal, tanto favoráveis, quanto contrárias. O

⁵¹MOFFATT, Alfredo. **Psicoterapia do Oprimido – ideologia e técnica da psiquiatria popular**. São Paulo: Cortez, 1982.

⁵²ASSIS, Machado de. **O Alienista**, em 50 Contos de Machado de Assis. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

⁵³Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, volume 25, número 2, Porto Alegre, Agosto de 2003

⁵⁴O Serviço Residencial Terapêutico é um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico voltado, prioritariamente, para aqueles que foram submetidos a tratamento hospitalar psiquiátrico prolongado, visando um aumento progressivo da sua autonomia nas atividades cotidianas (LAVRADOR, Maria Cristina Campello. **Loucura e vida na contemporaneidade**. 2006. Tese - Doutorado em Psicologia - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2006).

⁵⁵GULLAR, Ferreira. Uma lei errada. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 12 abr. 2009.

médico psiquiatra Antonio M. R. Teixeira observa que no artigo de Gullar “em nenhum momento encontramos (...) sequer uma referência às verdadeiras práticas de condução clínica vastamente documentadas.” A estudante de Psicologia Thessa Guimarães sugere que Gullar “precisa se atualizar para descobrir que não são apenas os muros dos manicômios físicos que precisamos derrubar, mas principalmente nossos manicômios mentais, que infelizmente continuam muito presentes.”

Um artigo do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina, da Universidade de São Paulo, declara que “dependendo das comorbidades com desordens médicas e/ou neurológicas e da análise de risco em relação à necessidade do tratamento, a ECT pode ser tida tanto como procedimento de baixo como de alto risco.” Fala também da hostilidade ao tratamento “cheio de imagens de barbárie, desumanidade e tratamento coercivo”, quando de seu retorno enquanto prática nos Estados Unidos, em 1970. Cita, ainda, uma revisão que “indica que a ECT pode ser efetiva no tratamento de episódios agudos de certos tipos de esquizofrenia, reduzindo a ocorrência de recaídas. De qualquer forma, os resultados não são conclusivos, e o desenho metodológico de vários desses estudos não reflete a prática clínica usual.” Ao final do artigo, no tópico Guias e Recomendações, descreve que “A ECT não é recomendada para o tratamento geral da esquizofrenia. As evidências são insuficientes em relação aos benefícios em longo prazo e dos riscos da manutenção da ECT para doenças depressivas”.

*“(...) é preciso não esquecer e respeitar a violência que temos. As pequenas violências nos salvam das grandes. (...) A truculência é amor também.”
(Ulisses, em Uma Aprendizagem ou o Livro dos Prazeres, citado em Clarice, de Benjamin Moser, página 573)*

7. IMPLICAÇÕES (OU IMPLICÂNCIAS?)

Análise de implicações. O que leva ao desejo de estudar, investigar a eletroconvulsoterapia? O que ressoa, reverbera?

A provável primeira lembrança, recordação sobre o que até então era chamado de “eletrochoque”, vem do filme brasileiro “Bicho de Sete Cabeças”, com direção de Laís Bodansky, e o ator Rodrigo Santoro no papel principal. História baseada no livro “Canto dos Malditos”, um relato autobiográfico de Austregésilo Carrano Bueno. O filme retrata a internação, pelos próprios pais, de um jovem usuário de THC (tetraidrocannabinol), a popular maconha. As cenas da aplicação da ECT causaram estarecimento. Difícil esquecer as sensações à saída da sessão de cinema – a primeira, de outras, sem companhia de conhecidos. No mínimo, estranhamento, incômodo. A música se repetia na cabeça...

Não dá pé não tem pé nem cabeça não tem ninguém que mereça não tem
coração que esqueça não tem jeito mesmo
Não tem dó no peito não tem nem talvez ter feito o que você me fez
desapareça cresça e desapareça
Não tem dó no peito não tem jeito não tem ninguém que mereça não tem
coração que esqueça não tem pé não tem cabeça não dá pé não é direito
não foi nada eu não fiz nada disso e você fez um bicho de sete cabeças⁵⁶

Música assim mesmo, sem acentuação. Corrida, quase sem pausa para respirar. Com “licença poética”, é reproduzida aqui como é cantada. E como foi sentida.

Em um dos primeiros encontros com o grupo de orientação do Programa de Pós Graduação em Psicologia Institucional (PPGPSI), da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), um questionamento (vindo de outra pessoa que estuda a respeito da problemática da loucura) foi o de pensar o que a eletroconvulsoterapia produziu. Mais do que rápida, a resposta foi enfática: horror. A sugestão foi não perder de vista o que esta prática – procedimento – (re)produziu política, econômica e subjetivamente (modos de subjetivação).

Uma indagação, que reverberou em uma espécie de “insight”, veio de uma colega do grupo de orientação. Quando o primeiro esboço do projeto de

⁵⁶RAMALHO, Zé e AZEVEDO, Geraldo. Intérprete: Zeca Baleiro. **Bicho de Sete Cabeças**. Disponível em: <http://www.vagalume.com.br/zeca-baleiro/bicho-de-sete-cabecas.html>. Acesso em: setembro de 2011.

investigação sobre a ECT foi apresentado à turma do Mestrado, a pergunta: como começar um estudo com posicionamento, a priori, contrário? Implicação ou implicância? Com aqueles relatos, da época da extensão e do estágio no hospital psiquiátrico, o posicionamento não poderia ser diferente. Mas a espécie de “insight” questiona: poderia?

Uma conversa informal, sobre os projetos de qualificação, com um aluno que não pertence ao grupo de orientação, mas teve experiências no vasto campo da loucura, produziu outra pausa. Pausa para pensar. Problematizar. Sugeri assistir ao filme “A troca”, com Angelina Jolie. Filme assistido há pouco tempo. Apresenta a história de uma mãe que tem um filho desaparecido. Querem convencê-la de que aquele outro menino que trouxeram é seu filho. Tentam fazê-la pensar-se como louca. Recordação do incômodo da cena dos banhos frios, gelados... Ele indagou se o que incomodava, implicava, mais precisamente não seria o que se fez da loucura; a tortura da, com a loucura? Bingo! Por enquanto, pode ser isso. Talvez já houvesse ciência disso. Mas, ouvir de fora, de outro, fez pensar com mais ênfase.

Por esses motivos, este estudo foi pensado a “várias cabeças”. Não apenas sete. Bicho de muitas cabeças? O caderno de cor rosa, de anotações das disciplinas do primeiro período, está repleto de falas entre aspas, de muitas pessoas: colegas de sala, professores, outros alunos, pessoas que compuseram bancas de qualificação, e também de defesa de dissertação. Algo que, a princípio, causou estranhamento nos que seriam citados (foram avisados). Contudo, para o início da escrita, o “caderno rosa” se tornou essencial. E certamente foi durante todo o percurso.

O que se fez da loucura? Tortura? Também. E não só. Como a tortura captura? O que a leva a ser (talvez) o principal objeto deste estudo? O que ela reproduz? Como começar este estudo, já sendo contra a aplicação da eletroconvulsoterapia?

Como um ser pode se apoderar de outro no seu mundo, conservando-lhe ou respeitando-lhe, porém, as relações e o mundo próprios?⁵⁷

É preciso não esquecer que quando se faz algo a alguém, ou contra alguém (pode soar apenas redundante), se está fazendo algo a, ou contra alguém! Não se

⁵⁷DELEUZE, Gilles. **Espinosa: Filosofia Prática**. São Paulo: Escuta, 2002.

acostumar, não embotar, não tomar como natural a tortura. E há o desejo que, para sempre, assim seja. “Conseguir ver de outro modo aquilo que eu via todo dia.” Do caderno rosa. Frase de uma professora. “Produzir estranhamento ao que nos é tão corriqueiro.” Idem. Outra professora.

Potência para tornar diverso aquilo que mais naturalizamos, tornar diverso aquilo a que mais nos apegamos e, no entanto, tudo o que mais nos endurece, tudo o que mais veda nossos poros a outras formas de sentir, de viver, de amar.⁵⁸

“(…) que temos feito de nós mesmos? Que temos feito dos e nos serviços de saúde, da e na experiência da loucura? O que temos feito da análise? O que temos feito dos analisadores e de seus efeitos disruptivos? O que temos feito do possível?”⁵⁹

As muitas cabeças fizeram com que se tivesse a noção de que ir à caça dos culpados é uma armadilha. Não se deve demonizar a eletroconvulsoterapia. E sim, problematizar os “prédios invisíveis” (fala de uma colega de turma, esclarecendo a diferença entre instituição e estabelecimento) que permanecem em nós.

Evitar os maniqueísmos. A princípio, havia certa abstração, uma “tendência” a enxergar a eletroconvulsoterapia somente como prática abusiva, “castigante”, de tortura. Pensava-se que afirmar o uso da ECT como tortura seria afirmar um maniqueísmo, uma prática “má”. Contudo, não se pode ou deve esquecer o que foi vivido, escutado, visto nestes anos, em contato com pessoas que foram submetidas a tratamento eletroconvulsoterápico. Praticamente impossível não se lembrar dos pacientes, que retornavam deste tipo de tratamento com lesões, reclamações, entristecidos, emudecidos, olhos sem cor, sem vida. Pensar sobre isso tudo tem reverberado em não afirmar a ECT somente como uma “prática torturante”. Provavelmente, o que se investiga são os outros usos da ECT. Uma prática é torturante, é terapêutica, é utilizada para castigo, subjugação, como tratamento, e tantas outras possibilidades. Depende dos usos que se faz dela. “E” ao invés de “ou”.

⁵⁸MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Maria Cristina Campello. Loucura e Subjetividade. **Texturas da Psicologia. Subjetividade e política no contemporâneo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

⁵⁹LAVRADOR, 2006.

E talvez o primeiro título proposto para este estudo já não caiba mais. “Cura ou castigo”. Agora, prefere-se uma vírgula entre os dois termos. Quem sabe vírgulas entre outros termos?

O contato mais próximo com a loucura foi, sob certa ótica, interrompido após a conclusão da graduação. Os trabalhos realizados após a formatura e a obtenção do diploma de Psicóloga foram muitos. Acompanhamento terapêutico, durante curto período; trabalho voluntário em Apae; atendimento psicológico em clínica, para diversas demandas; acompanhamento de presos em uma penitenciária de segurança máxima; acompanhamento em instituição destinada a adolescentes em conflito com a lei, reclusos provisoriamente; psicóloga de Centro de Referência de Assistência Social – CRAS; coordenação de CRAS; técnica do Poder Judiciário, realizando visitas domiciliares.

Após a aprovação no Programa de Pós Graduação em Psicologia Institucional (PPGSI) e a retomada do contato com a loucura, a impressão que se teve era que pouca coisa havia mudado desde a interrupção. Quem continuou trabalhando na área, de certa forma concordava.

Ouvi-los. Médicos e doidos. “Todos falam deles, mas, nunca são ouvidos.” Caderno rosa de novo, professora: “Enxertar um texto acadêmico de vida.” – da mesma colega dos “prédios”.

Inquietude. Em diversos momentos, viu-se eletroconvulsoterapia, tortura, em (quase) tudo. Isso possibilitou produzir coisas bacanas? Era somente um vício, uma felicidade em escrever, em ver o trabalho “andar”, fluir, um processo de “cegamento”? Música da Legião Urbana:

Quando querem transformar dignidade em doença. Quando querem transformar inteligência em traição. Quando querem transformar estupidez em recompensa. Quando querem transformar esperança em maldição⁶⁰

Em um primeiro momento, não se pensou em colocar aqui mais uma parte dessa música. Porém, como o processo de escrever e pensar não finda, não para, não cessa...

⁶⁰Dado Villa-Lobos, Renato Russo, Marcelo Bonfá, Intérprete Renato Russo. **1965 – Duas Tribos**. Disponível em: <http://www.vagalume.com.br/legiao-urbana/1965-duas-tribos.html>. Acesso em: setembro de 2011.

É o bem contra o mal. E você de que lado está? Estou do lado do bem. E você de que lado está? Estou do lado do bem com a luz e com os anjos⁶¹

De que lado se está? Do lado da “luz” (da razão) e dos “bons costumes”, do bem religioso e cristão (“com os anjos”)? Está-se sempre de um mesmo lado? Ou ora se está de um lado, ora de outro? Ou circula-se entre os lados, aparam-se arestas, vai-se e volta-se? Eterno vai e vem?

Outra colega, enquanto explicava porque escolheu este Programa de Pós Graduação – sua graduação não foi em Psicologia – explicava que Psicólogos e Assistentes Sociais têm uma angústia. Talvez se assemelhe ao que Guattari disse certa vez sobre Lula e Suplicy em uma entrevista:

Neles há uma inquietação, uma ternura...⁶²

“É possível a gente construir possíveis.” Professora falando de imanência.

E sempre dá para fazer uma pirueta com a esperança.⁶³

⁶¹Ibid.

⁶²GUATTARI, Felix. Entrevista. A Subjetivação Subversiva. In: **Teoria e Debate**, 12 nov. 1990.

⁶³GUATTARI, 1990.

“grande sacrifício de não ser louco. (...) Eu não sou louco por solidariedade com os milhares de nós que, para construir o possível, também sacrificaram a verdade que seria uma loucura.”

(Clarice Lispector, no livro Clarice, de Benjamin Moser, página 508 e 509)

8. OUVINDO OS OUVIDORES DE VOZES E SEUS OUVIDORES

As entrevistas com os Psiquiatras foram baseadas em dois roteiros diferenciados: um para os Psiquiatras que seriam a favor da eletroconvulsoterapia e outro para os profissionais que seriam contra a sua aplicação. Contudo, não foi possível atestar de antemão se os Psiquiatras eram estritamente contrários ou favoráveis à técnica.

As entrevistas com os profissionais favoráveis à técnica foram baseadas em perguntas relativas ao funcionamento da ECT, aplicação e anestesia; patologias para as quais é recomendada; efeitos colaterais; riscos; avaliação do número de sessões; utilização de outras terapêuticas; como a técnica foi utilizada historicamente; e aspectos positivos e negativos da ECT.

Para os profissionais contrários à técnica a entrevista baseou-se em: resultados da ECT; outras terapêuticas que contribuem para o tratamento; retomada dos estudos e usos da técnica; como foi utilizada historicamente; e aspectos positivos e negativos da ECT.

Antes do início das entrevistas, pretendia-se conversar com dois Psiquiatras com posicionamento contrário à utilização da técnica e outros dois com posicionamento favorável. No desenvolvimento das entrevistas, o roteiro serviu de base e não como um protocolo a ser seguido em sentido estrito.

Em entrevista com o Psiquiatra 1, pertencente ao grupo contrário à ECT, ele relatou que em mais de três décadas de exercício da profissão, recomendou a eletroconvulsoterapia (ECT) a um único paciente, indicando três sessões em dias alternados; que esse paciente melhorou bem, que a dificuldade de abordagem diminuiu consideravelmente, e que o médico pode retomar a medicação em uma dose bem menor que a anterior. Atualmente, disse que se questiona se teria realmente indicação, pois os novos medicamentos são muito mais efetivos e mais bem tolerados pelo organismo e com menos efeitos colaterais, facilitando o trabalho dos Psiquiatras. Esse profissional relatou que é contrário ao uso rotineiro e como primeira indicação de tratamento. E que à época que foi diretor de um hospital psiquiátrico do Estado, proibiu o uso, porque era comum professores demonstrarem a ECT aos alunos e escolherem pacientes sem a indicação de uma junta médica. Chegou a recolher a máquina de eletroconvulsoterapia e sugeriu que se fosse para fazer o uso da técnica, que haveria um estudo prévio feito por uma junta médica,

para decidir se realmente haveria a indicação da ECT, se não teria outro recurso. Salientou que os pacientes são dignos de todo respeito e que tem que ser tratados com respeito, com dignidade.

Sobre as indicações da ECT, relatou que acredita que uma delas seria para casos refratários a medicamentos. Disse que sempre questionou, como no caso do único paciente a quem indicou a eletroconvulsoterapia, o que seria mais agressivo: receitar doses altíssimas de neurolépticos e deixar o paciente “grogue”, ou indicar três sessões de ECT para reverter o quadro e possibilitar melhor abordagem? Que esse seria o critério, o parâmetro básico: o que é melhor para o paciente.

Em relação à retomada da técnica, acredita que seja um atraso, pois atualmente existem medicamentos muito efetivos e não teria porque retomar o eletrochoque.

Segundo o Psiquiatra 1, outra indicação da ECT que tem conhecimento, porém que nunca teve experiência, que nunca precisou indicar, seria o caso de depressão muito grave, aquela melancolia em que o paciente não se alimenta, não se levanta da cama, tem que fazer uso de sonda para alimentação etc.

Falou sobre a época em que foi diretor de hospital psiquiátrico, que participou do que chama de reforma, em que começou a esvaziar o hospital, que convocava as famílias dos pacientes para os levarem para passar o fim de semana em casa, para a família se acostumar, perceber que o paciente não é uma pessoa a ser discriminada, a ser isolada. Afirmou ainda que a desospitalização – a saída dos pacientes do hospital – foi um passo importante para tirar a máquina de eletrochoque do controle médico e passar a um controle institucional, tendo com isso, diminuído sobremaneira o uso da técnica, principalmente o uso rotineiro. Mas que é sabido que alguns médicos em clínica privada atualmente indicam a eletroconvulsoterapia, inclusive como primeira opção de tratamento, contudo ele considera um atraso, um retrocesso na evolução da medicina, da psiquiatria.

Em entrevista com o Psiquiatra 2, pertencente ao grupo a favor da ECT – esse profissional indica e faz uso do procedimento – quando indagado como a eletroconvulsoterapia funciona e como é feita a aplicação, ele explicou que é basicamente um estímulo elétrico a nível cerebral, geralmente na área temporal, bitemporal direita, capaz de gerar uma crise convulsiva na pessoa. Crise que pode ser somente a nível cerebral ou a nível corporal. Ressaltou que é um procedimento aprovado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) que exige avaliações cardiológica e neurológica prévias, indicação médica, além de uma avaliação pré-

anestésica. Relatou que a ECT atualmente é indicada principalmente para depressão grave refratária a tratamentos anteriores, depressão com sintomas psicóticos e psicoses com delírios e alucinações persistentes. Após a anestesia, há o uso de anestésico e a pessoa fica sendo ventilada para ter uma oxigenação a cem por cento. Após esse procedimento é utilizado relaxante muscular que proporciona relaxamento total a nível muscular com considerável diminuição de ocorrência de abalos tônico-clônicos a nível corporal. O episódio convulsivo é somente a nível cerebral e pode ser registrado pelo eletroencefalograma.

Disse que existem protocolos para o uso de ECT em depressões graves, recorrentes e refratárias a tratamento, e que é utilizada quando já se tentou dois, três antidepressivos, inclusive o uso desses medicamentos em associação e não há resposta satisfatória; e que a eletroconvulsoterapia é feita basicamente em depressão grave refratária a remédios, à psicoterapia, inclusive a internações, com ocorrência de alucinações ou alterações comportamentais graves. A ECT nunca seria indicada como primeiro tratamento, primeiramente é preciso passar por um ou dois antidepressivos. Uma indicação como primeiro tratamento seria para depressão grave com risco de suicídio. Outra indicação de primeiro tratamento poderia ser para depressão catatônica, em que a pessoa não se mexe, não se alimenta e corre sério risco de morrer desidratada. Outro caso ainda de primeiro tratamento seria para a síndrome neuroléptica maligna, pois a pessoa entra em hipertermia e tetania (espasmos musculares), não respondendo ao tratamento, sendo indicada internação em centro de tratamento intensivo, e não havendo alta por uso de medicamentos habituais, a eletroconvulsoterapia é indicada.

Segundo este profissional, uma série de ECT dura doze sessões. Que em depressões, a melhora do paciente começa a ser percebida a partir da oitava sessão. Avalia-se o número de sessões, teoricamente dobrando-se o número de sessões a partir da qual o paciente obteve melhora. Se a pessoa não melhora com doze sessões, está prevista a possibilidade de realização de outra série de doze para obtenção de melhora. Em transtorno bipolar tipo depressivo grave com sintomas psicóticos, não se fala em doze sessões, mas em aplicações até a melhora do paciente e interrupção das sessões. No modelo europeu de utilização da eletroconvulsoterapia são realizadas sessões três vezes por semana em dias alternados. Já o modelo americano preconiza sessões duas vezes por semana.

Em relação à utilização de outras terapêuticas, o Psiquiatra 2 afirmou que para se atestar que uma pessoa é refratária a tratamento, deve-se utilizar dois antidepressivos associados à psicoterapia. Porém quando a pessoa põe em risco a própria vida e ou de terceiros, há a indicação mais precisa de ECT pois não se deve esperar muito por uma decisão, porque há risco iminente de morte. Não havendo indicação de eletroconvulsoterapia, uma alternativa seria a internação psiquiátrica, que também seria efetiva quando a pessoa coloca sua própria vida e ou de terceiros em risco.

Sobre os riscos relacionados à técnica, mencionou que são os mesmos de qualquer outra anestesia, o risco anestésico, morbidade equivalente a um para cem mil casos. Há risco eventual de queda da cama em que é feita a aplicação. Que a regulamentação de uso de anestesia aumentou os custos do procedimento, porém diminuiu as possibilidades de queda da cama no momento da crise convulsiva ou uma hiperextensão da coluna e risco de eventual fratura de coluna.

Confirmou a existência de danos à memória do paciente, existentes principalmente durante o período do tratamento. Com a interrupção do tratamento, atestou que as chances dos danos à memória perdurarem diminuem consideravelmente. Contudo há casos muito graves, e que mesmo havendo danos à memória, isso pode ser revertido. Elencou que antidepressivos e calmantes também causam danos à memória.

Sobre o quase desuso da técnica em determinados períodos e sua retomada na década de setenta nos Estados Unidos e mais recentemente no Brasil, disse que a ECT sempre foi usada, mesmo nos momentos em que pareceu esquecida. Admitiu que houve o uso em excesso, assim como o uso em excesso da cirurgia estereotáxica ou lobotomia. Esta ainda teria indicações precisas e ainda seria usada em dias atuais, que não haveria nenhuma proibição ao uso no Brasil.

Recordou o que chamou de brincadeira de um antigo professor que dizia que a eletroconvulsoterapia não teve oportunidade de ter uma associação dos “eletrochoqueiros”, e em não se criando uma escola, não teria se criado, conseqüentemente, um corpo de pessoas interessadas, apesar de, como afirmou, se tratar de um procedimento extremamente simples e barato e que a mesma máquina que era utilizada para as sessões desde a criação da ECT, muito se assemelharia às máquinas atuais, por isso, não daria lucro. Elencou ainda que logo após o advento da eletroconvulsoterapia, houve o advento dos medicamentos, que

de certa forma foram eficazes na redução de internações psiquiátricas e de indicações de ECT. Mas, segundo ele, percebeu-se que a psicoterapia e os medicamentos não resolvem tudo e que a ECT tem o seu lugar. Falou que uma internação psiquiátrica mal feita, assim como a psicoterapia mal feita, podem ser extremamente danosas ao paciente. Salientou que atualmente existe uma infinidade de neurolépticos e antidepressivos, mas quando eles ainda não existiam, a ECT foi bastante indicada, com bons resultados, inclusive para pacientes neuróticos. Contudo hoje em dia há restrições, principalmente por se tratar de procedimento caro e trabalhoso.

Confirmou que a eletroconvulsoterapia tem sido realizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) via Secretaria de Saúde ou pela Justiça. Que está normatizada como procedimento não obrigatório pela Agência Nacional de Saúde em relação aos planos de saúde. Seria semelhante ao que ocorre quando se necessita de medicação de alto custo.

A entrevista com o Psiquiatra 3 iniciou-se em tom de conversa pelo fato de pesquisadora e entrevistado se conhecerem desde a época de estágio da pesquisadora. Entre falas sobre o filme “Bicho de Sete Cabeças”, de onde talvez tenha vindo os primeiros questionamentos sobre a eletroconvulsoterapia e a sugestão para assistir a “Um Estranho no Ninho”, deu-se início à entrevista em si. Sobre a opinião do profissional relacionada à ECT e seus resultados, o Psiquiatra relatou que a medicina está santificada pelo discurso da ciência, discurso esse que seria intocável, que passaria por cima do sujeito. A Psiquiatria sempre representara um desafio para a medicina, pois esta se identificaria com o discurso da ciência que não aceitaria muitos desafios. Salientou que o que fala, são opiniões suas como médico com meio século de experiência. Falou que a Psiquiatria sempre pareceu um desafio impotente frente às doenças mentais, com tratamentos que nunca deixaram de ser cruéis, não se levando em conta o que custavam em dores, em agressão aos pacientes, e tudo isso sem fundamento no discurso da ciência, sem fundamento científico, seria pragmático mesmo. Ele considerou que a única indicação possível de eletrochoque tal como se faz hoje em dia seria para pacientes que não respondem aos medicamentos e que haja risco iminente de suicídio, pois se a função do médico é a de salvar vidas, não se respeitando nesse caso a decisão individual de matar-se, se daria um eletrochoque. Lamentou que a eletroconvulsoterapia seja aceita sem restrições pela medicina norte-americana, que

representa a referência para todos os Psiquiatras; e ainda que a Psiquiatria esteja capturada pela medicação, ficando negada toda uma área de história pessoal do paciente. Disse ainda que o procedimento atual se diferencia pelo uso de anestesia e pela ausência de sofrimento. Porém, apesar de se falar em distúrbios de memória como efeitos da ECT, mas não seriam os únicos, que isto ainda não estaria bem detectado.

Falou ainda sobre o fato de a loucura provocar situações não só de impotência, senão de distância, o temor a respeito da loucura, a não aceitação, os preconceitos, inclusive por parte de profissionais; e da confusão que existe entre a loucura e outra espessura psiquiátrica que é a perversão. Citou também que nos anos sessenta e setenta o eletrochoque era usado para tudo, os Psiquiatras praticamente trabalhavam com eletrochoque. Reafirmou o fato de a técnica não pertencer ao discurso da ciência, não se sabendo quais são seus efeitos, e que, a única coisa que se sabe é uma experiência pragmática sobre certos casos.

- A coisa era muito pior do que parece. Havia um total desinteresse pela sorte. Basta dizer que os eletrochoques eram dados indiscriminadamente. Às vezes, a energia elétrica da cidade não era suficiente para aguentar a carga. Muitos morriam, outros sofriam fraturas graves.⁶⁴

Relatou que a eletroconvulsoterapia seria recomendada para melancólicos graves, psicóticos que têm tendência ao suicídio e que não respondem à medicação, ressaltando que esse último seria o único caso a ser recomendada a técnica. Disse que o procedimento também é utilizado para certas manias e certos delírios. Ainda que em cinquenta anos de exercício da Psiquiatria nunca recomendou a ECT para nenhum paciente.

Falou ainda sobre as residências terapêuticas, que seria uma outra maneira de lidar com a loucura, pois não mais se mantém o louco num lugar para morar toda a sua vida e não sair nunca, se pode sair ao mundo, se pode escutar música, se pode “meter-se” na cultura da época, compartilhando coisas, seguramente sendo outra pessoa, não mais perigosa como dizem que é a loucura.

⁶⁴ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração, 2013.

Disse que o que a eletroconvulsoterapia produziu historicamente foi muita tortura e punição.

A respeito do que pensa sobre a prática da ECT, o Psiquiatra 4 relatou que considera que é de suma importância para tratamento de pacientes refratários à medicação, pois esta demora, em média, trinta dias para fazer efeito e a eletroconvulsoterapia tem efeito imediato, podendo, por exemplo, impedir um suicídio que está iminente, além de ser um método comprovado e eficaz cientificamente e que, infelizmente, segundo ele, por uma questão mais política não vem sendo utilizado.

Disse que encaminhou um paciente esquizofrênico à ECT, pelo fato de ser refratário a todas as medicações disponíveis no mercado, porém, não foi possível acompanhar o que aconteceu ao paciente posteriormente, contudo salientou que para a situação não havia outra alternativa.

Falou ainda sobre a eletroconvulsoterapia não ser um tratamento de primeira indicação, que assim como as medicações apresenta efeitos colaterais, principalmente déficit de memória recente logo nas primeiras semanas após a aplicação, todavia, segundo ele, sendo mais eficaz que a medicação, mas só devendo ser utilizada em último caso, dentro de centro cirúrgico, com anestesia, para que o paciente tenha toda a segurança que o método necessita.

Sobre a retomada do uso da técnica nos anos setenta nos Estados Unidos e mais recentemente no Brasil, o Psiquiatra 4 relatou considerar que a ECT foi muito utilizada de forma banalizada, indiscriminada pelos psiquiatras, inclusive como punição, não levando-se em conta a questão científica da utilização, criando-se um estigma a respeito da técnica. Falou que o que sabe sobre a utilização da eletroconvulsoterapia atualmente é que representa um tratamento para o que chamou de elite, para quem pode pagar as sessões, e não para a população carente, infelizmente segundo o mesmo, ressaltando que pensa que a ECT deveria ser obrigatoriamente um tratamento disponível no sistema de saúde pública porque há bases científicas para isso, apesar de não ser um método de baixo custo.

Relatou que a eletroconvulsoterapia é indicada basicamente para depressões graves com risco iminente de suicídio sem resposta às medicações, além de ser indicada para gestantes, pois as medicações conseguem atravessar a barreira placentária havendo chances de algum tipo de má formação fetal e outros acometimentos como parto pré-maturo, não há estudos que comprovem que a ECT

faça mal ao feto; ele considera inclusive a técnica como primeira opção de tratamento no caso de gestantes, superior à medicação, segundo o mesmo isso está demonstrado na literatura.

Salientou considerar interessante o fato de um paciente que está fazendo um quadro de parada cardiorrespiratória, ser possível usar o choque, o desfibrilador, que faz mudanças elétricas no organismo do paciente para que a musculatura volte a trabalhar; indaga-se do porquê de um cardiologista dispor de um método que utiliza carga elétrica e um psiquiatra não poder fazer uma utilização de carga elétrica direcionada ao cérebro; associando esse fato ao grande preconceito em relação ao eletrochoque, que segundo ele, precisa ser derrubado.

“Ouidores de vozes” remete a uma sugestão do professor convidado para a banca de qualificação deste estudo. Ele citou o autor holandês Peter Romme que trabalha com pacientes esquizofrênicos e que coloca a questão do confronto do discurso do usuário contra o discurso do especialista. O discurso do usuário já se iniciaria diminuído. Todavia, Peter Romme usa o conceito de que não existiria maior especialista no campo da saúde mental que os usuários dos serviços. Eles quem sabem das consequências das terapêuticas utilizadas, melhor que qualquer médico que as tenha recomendado. Romme não desqualifica a experiência do paciente esquizofrênico, afirmando que delírio e alucinação são verdadeiros, e que não há aproximação do paciente sem esse tipo de percepção.

De acordo com matéria vinculada na Edição 138 de 7 de agosto de 2008 do “Olhar Vital” da Universidade Federal do rio de Janeiro (UFRJ), intitulada “Ouvindo vozes”, escutar vozes é uma experiência perturbadora para portadores de doenças psíquicas ou não. Segundo Octávio Domont, como qualquer comportamento humano estranho, provoca no sujeito a procura de um entendimento. Geralmente quem sofre de alucinação auditiva verbal se engaja numa busca solitária, temendo a percepção social, incluindo a dos psiquiatras, geralmente desqualificante e que o associa à loucura. O Professor aponta que a consequência mais imediata é o isolamento social e o sofrimento continuado. Atesta ainda que “devemos tomar esse distúrbio como uma expressão de uma alteração mais abrangente da consciência de si, e não como uma alteração da sensopercepção, que é a forma pela qual ela é apresentada nos Manuais de Psicopatologia”. Para ele, a mudança é importante porque: “o entendimento da experiência de ouvir vozes como uma alteração da consciência de si permite integrá-la na compreensão de um modo particular de

existir transformado intimamente na sua experiência de si mesmo, da alteridade e dos objetos do mundo”.

A primeira entrevista realizada com um “ouvidor de vozes” foi feita em um dos dois primeiros dispositivos residenciais do Estado. Entrevista esta que foi previamente agendada com a Oscip que atualmente administra as residências no Espírito Santo. Quando os primeiros dispositivos residenciais foram instalados no Estado, a administração era feita via hospital psiquiátrico. Mesmo os funcionários que foram trabalhar como cuidadores nas residências, haviam trabalhado anteriormente nas enfermarias do hospital. Algumas dificuldades como os “prédios invisíveis” manicomiais, representaram talvez as maiores àquela época. Posteriormente com a criação de novas residências, a administração das mesmas passou a ser realizada por uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público – Oscip. Outras dificuldades em jogo: novos profissionais, problemas e questionamentos. Houve esforços em relação à formação dos novos cuidadores, inclusive com uma formação realizada em parceria com a Universidade Federal.

A entrevista representou um novo contato com aquelas pessoas tão próximas à época de estágio. Primeiramente, houve uma conversa com as duas cuidadoras da residência para explicar algumas coisas sobre esse estudo e a importância da conversa com os moradores. Antes do início da entrevista em si, fotos de alguns passeios realizados durante o estágio desenvolvido ali entre os anos de 2005 e 2006 foram mostradas aos moradores. Algumas histórias e “casos” daquela época também foram lembrados. Durante a conversa, soube-se que somente um daqueles moradores havia passado pela experiência da eletroconvulsoterapia. Por esse motivo somente este morador foi entrevistado.

As fotos da época do estágio de acompanhamento terapêutico, além de terem sido utilizadas como recurso metodológico, produziram outro efeito, mais que intimidade, possibilitaram maior aproximação com os moradores, estabelecendo uma relação de confiança.

Antes de dar-se início às perguntas, foram feitas explanações sobre este trabalho, sobre o que ele pretende e também se esclareceu sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – exigência do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, quando se trata de pesquisa com seres humanos.

Não houve um roteiro hermético de perguntas, mas o que se pretendia, era saber sobre as experiências daquelas pessoas em relação à ECT.

Esta primeira entrevista, particularmente, foi feita junto aos moradores que se interessaram, mas somente o que havia passado pelo eletrochoque respondeu às perguntas.

A entrevista iniciou-se com o esclarecimento de que não seria realizado nenhum procedimento. O que se queria saber era sobre o que aquela pessoa pensava sobre a eletroconvulsoterapia. O Ouvidor de Vozes 1 relatou que o procedimento causava dor. Foi explicado também que a criação da ECT se deu ao observar que os sintomas esquizofrênicos diminuía quando o paciente convulsionava, então, acreditou-se que um mesmo paciente não poderia ser ao mesmo tempo esquizofrênico e epilético. O entrevistado disse que a técnica era utilizada quando o paciente ficava agitado, aí o seguravam, amarravam, o colocavam no manicômio e depois colocavam o choque; que prendiam a pessoa, colocavam-na no manicômio e depois que a soltavam davam o choque. Falou ainda que deitavam o paciente em uma “cama que cabia um” e o deitavam de cabeça para baixo, com os pés virados para a cabeceira da cama. Citou o nome da pessoa que aplicava o choque, observando que não sabe se a mesma encontra-se viva. Falou que quem “passava” o choque era o Doutor V. que já faleceu. Relatou que pensa que foi submetido à técnica uma única vez. Disse ainda se recordar de outras pessoas tomando eletrochoque, que “tinha um monte espumando no chão lá”.

Recordava-se sempre do início das sessões, quando era segurado pelas mãos e pelos pés para que fosse amarrado ao leito. Os gritos de medo eram calados pela borracha colocada à força entre os lábios, única maneira de garantir que não tivesse a língua cortada durante as descargas elétricas. O que acontecia após o choque Cabo não sabia. Perdia a consciência, quando o castigo lhe era aplicado.

(...)

O colega Antônio da Silva, o Toninho, lembra bem o que acontecia depois que o aparelho era ligado. Ele via os companheiros estrebucharem quase como se os olhos saltassem da face.⁶⁵

Disse que antes do procedimento, uma mangueira “para não morder a língua” era colocada na boca do paciente, além de um pano e de um pedaço de borracha. Falou que após o procedimento o paciente ficava “meio desorientado”, posteriormente ia para uma dieta, porque não podia comer, não podia tomar café antes da ECT, que era preciso ficar em jejum, não podia comer nada antes, só

⁶⁵ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração, 2013.

depois que tomasse o choque que poderia comer. Quando indagado do por que ele recebeu tratamento eletroconvulsoterápico, respondeu que ficou doido, que parece que havia matado um policial além de ter praticado roubo. Roubou uma cabana na beirada da praia junto a alguns colegas, levando bebida, mas que somente ele foi preso. Relatou que foi parar em um hospital psiquiátrico por esses motivos elencados anteriormente e porque levou uma queda de uma pedra enquanto puxava uma rede do mar e que bateu com a cabeça na pedra. Caiu de costas e quase morreu afogado, porém contou com a ajuda de um pescador que o viu se afogando e o salvou. Isso aconteceu em um município localizado no litoral espírito-santense, local em que residia antes de se tornar um morador da ala de ressocialização de um hospital psiquiátrico da Grande Vitória. Seu ofício era pescador.

Sobre as diferenças entre estar dentro do hospital psiquiátrico e na residência. A princípio relatou que não haveria diferenças entre estar em um dos dois lugares. Contudo, logo após essa fala, relatou que “aqui (na residência) a gente fica mais solto”. Falou ainda que dentro do hospital ele trabalhava, ajudava a dar banho em pacientes, constantemente ficava com as chaves da enfermaria, trabalhava na horta.

A dificuldade de inserção dessas pessoas egressas de longas internações em instituições psiquiátricas parece ser uma das grandes dificuldades da desospitalização. Retirá-las do manicômio representou um grande avanço para a reforma psiquiátrica. Porém, a ressocialização ainda encontra alguns entraves.

As falas a respeito de onde seria melhor para morar pareceram desencontradas. Ao mesmo tempo que afirmou que fora do hospital é pior, mencionou o fato de que quando se encontrava institucionalizado, não recebia. (Provavelmente, o receber relaciona-se ao Benefício de Prestação Continuada – BPC, Lei 10.708 de 31 de julho de 2003 que institui o auxílio-reabilitação para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.)

Voltando a falar do procedimento eletroconvulsoterápico, relatou que “ajudou a ideia”, que se recorda da aplicação da ECT e que sentiu “um pesadelo na cabeça, um troço ruim”, que após acordar retornou andando para a enfermaria. Quando indagado se ele se sentia melhor ou pior, disse que se sentia meio tonto. Depois perguntou se a entrevistadora sabia por que ele haveria tomado o choque e explicou que a menina falou para ele ficar com os olhos abertos, mas ele fechava os olhos, “travei os olhos”, “ficou tudo escuro”.

Teve-se acesso à ficha de identificação desse ouvidor de vozes. Essa ficha foi preenchida por profissionais do Caps – Centro de Atenção Psicossocial que o mesmo foi vinculado ao ir morar em uma das residências no ano de 2004. Na ficha, consta que ele possui vínculos parentais em sua cidade de origem; que antes da última internação que durou 15 anos até sua saída para a residência, houve outras quatro internações na mesma instituição, e que sua saída das mesmas se deram via melhora ou transferência; os medicamentos utilizados – haloperidol (neuroléptico) 5mg 1vez ao dia, prometazina (anti-histamínico) 25mg 2 vezes ao dia, carbamazepina (anti-epilético) 200mg 2 vezes ao dia, neozine (antipsicótico) 100mg 1 vez ao dia; e haloperidol decanoato 1 ampola a cada 21 dias; que o mesmo é hipertenso e que há “agravos clínicos” pelo fato de ser tabagista; que faz uso de prótese dentária; e que auxilia nas tarefas do dia a dia da residência. Consta ainda informação sobre duas visitas aos familiares em sua cidade de origem.

As duas outras entrevistas foram realizadas em um Centro de Atenção Psicossocial – Caps localizado na Grande Vitória. Fora feito contato com um profissional do Caps que indicou dois usuários do serviço que haviam passado pelo eletrochoque.

O Ouvidor de Vozes 2 também mora em uma residência, porém sua saída do hospital psiquiátrico deu-se em abril de 2012. Foi feito esclarecimento sobre este trabalho e leu-se o TCLE para posterior assinatura. Falou-se também sobre o caráter sigiloso da pesquisa, os participantes não seriam identificados.

Relatou que ficou cerca de dez anos como “morador” do hospital psiquiátrico, e que antes de ser internado residia na capital do Estado juntamente a um irmão, sua cunhada e um sobrinho. Disse que foi levado ao manicômio por “negócio de acidente”. Foi submetido a sessões de eletroconvulsoterapia no Hospital São Paulo, localizado em Salvador – Bahia. Era o médico quem aplicava o choque que vinha de um aparelho que era ligado na tomada. Segundo o Ouvidor de Vozes 2, os choques eram dados “nas pessoas que eles provavam que era necessitado ou não”. Quando indagado sobre sua opinião, sobre quem deveria ser submetido à ECT, respondeu que era uma pergunta muito difícil. Disse ainda que recebeu tratamento eletroconvulsoterápico uma vez e que acredita que melhorou “mentalmente”. Falou ainda de não ter sido “testemunha” de outras pessoas sendo submetidas ao procedimento. Relatou que no sanatório São Paulo “só quem fosse muito doente demais” recebia ECT. Que no seu caso, encontrava-se muito nervoso quando

recebeu o choque e o submeteram a esse tratamento porque “estava precisando”. Além do Sanatório São Paulo, ficou internado em outras instituições na Bahia e veio para o Estado para ser internado no Hospital Santa Angélica, permanecendo cerca de dois anos nesta instituição. Relatou ainda que conheceu “factualmente” outras pessoas que melhoraram com a aplicação da eletroconvulsoterapia, disse que elas se “reativaram”.

Na ficha de identificação deste ouvidor de vozes consta que o mesmo possui vínculo parental com um irmão que recebe seu benefício (BPC). Além de sua última internação que durou 12 anos, antes de sua saída para uma residência em 2008, houve outras duas internações na mesma instituição e as altas se deram por melhora do então paciente. Faz uso de haloperidol (neuroléptico) 5mg 2 vezes ao dia, levomepromazina (antipsicótico) 100mg 3 vezes ao dia, sendo que a noite toma 2 comprimidos, biperideno (anticolinérgico) 2mg 2 vezes ao dia e midazolam (benzodiazepínico) 15mg 1 vez ao dia. Há informação sobre “agravos clínicos” devido ao tabagismo. Consta ainda que o mesmo não coopera nas tarefas domésticas; e que recebe visitas quinzenais do irmão.

O intuito primeiro de ter acesso às fichas de identificação dos ouvidores de vozes era o de um possível auxílio e informações adicionais para as entrevistas realizadas. Porém, para este estudo especificamente, não representaram muitas informações a serem utilizadas.

O Ouvidor de Vozes 3 também foi entrevistado no Caps. Relatou ter ficado internado no Hospital Santa Angélica e uns quatro ou cinco dias em outro hospital, “mas eu fugi porque eu não estava gostando não”. Disse que faz muito tempo que foi submetido a tratamento eletroconvulsoterápico, todavia se lembra de que foram oito procedimentos ao todo. Ao ser indagado o motivo pelo qual recebeu a ECT, falou que “o médico que aplica o choque ganha dinheiro, e aí gostava de aplicar o choque”, disse ainda que um dos motivos para a sugestão do tratamento era que o médico julgava que o Ouvidor de Vozes não estava muito bem. Ele não gostava de tomar os choques. Sobre como eram realizados os procedimentos, descreveu: “Ah, é tipo um rádio, bota um rádio, bota um aparelho e um botão vermelho, né, igual um avião, piloto de avião, não tem? Aí encostava, passava cera e a pessoa ficava tremendo.” Após o choque a pessoa ia tomar um banho para poder “despertar”. Ele relatou que não sentia dor durante os procedimentos. Falou ainda que não houve melhora após o tratamento com a ECT e que ele “ficava ruim, todo inchado”. Ao ser

indagado em que o choque serviu para ele, respondeu que “diziam os médicos que era pra curar o problema de nervo”, porém que ele mesmo não foi curado. Não conhece ninguém ou viu alguém melhorar após o procedimento com a eletroconvulsoterapia. Entretanto viu pessoas piorarem após os choques, “até morria gente no choque”. Relatou também sobre um homem que veio a óbito, mas que ele não soube distinguir sobre o que teria o levado à morte: o choque ou outra coisa. Relatou não querer ser submetido à ECT novamente. Disse que foi encaminhado para internação psiquiátrica porque ficou “doente”, que “deu crise” nele. Atualmente o Ouvidor de Vozes 3 relatou que mora sozinho, que se sente bem e que não tem mais “crises”. Falou ainda que acredita que o melhor tratamento para quem teve “crise” é o que é prestado pelo Caps que ele frequenta, que não teria outro e que o choque não seria um bom tratamento. Falou ainda sobre um choque que seria dado por injeção, porém sugeriu que para maiores informações se conversasse com uma profissional do Caps.

Não houve acesso à ficha de identificação deste ouvidor de vozes pois o mesmo não é morador de um dos dispositivos residenciais do Estado, portanto, não passou por esse “procedimento”.

“Não pense que a pessoa tem tanta força assim a ponto de levar qualquer espécie de vida e continuar a mesma.”

(Clarice Lispector, no livro Clarice, de Benjamin Moser, página 302)

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há preferência em utilizar os termos “Considerações Finais” em detrimento de “Conclusões” por algumas razões.

Ao se chegar ao fim deste estudo, não foi difícil perceber mudanças em relação aos primeiros “quereres” sobre esta investigação. No início, e até mesmo antes dele – encontrando “pré-ecos” novamente em Clarice Lispector quando diz que as coisas acontecem antes de acontecer – havia uma pretensão em afirmar o lado ruim, “castigante”, torturante e subjugador da eletroconvulsoterapia (ECT). Os relatos de pacientes que foram submetidos a tratamento eletroconvulsoterápico, acompanhados entre extensão e estágio, eram inequívocos.

Com o desenrolar da pesquisa, as intervenções de parceiros, seus questionamentos, e a leitura de extensa literatura, percebeu-se que a ECT, inicialmente, foi utilizada aqui, essencialmente, como um método subjugador. Era utilizada comumente sem prescrições claras e objetivas e de forma desenfreada. Loucos de qualquer espécie, e até ditos não loucos a experimentavam. Protocolos não eram seguidos. O próprio paciente não era informado previamente sobre o procedimento, quiçá seus familiares.

Contudo, ao tomar posse de textos acerca da temática, algumas certezas foram sendo postas em suspenso: como uma técnica que se diz terapêutica teria sido criada somente com o intuito de torturar pacientes?; o grande “quê” a respeito do pré-conceito à ECT estaria intimamente ligado ao seu histórico de pragmatismo?; quando uma técnica é usada em determinado período histórico essencialmente para tortura e castigo deve ser descartada *ad eternum*?

Ouvir de um respeitado Psiquiatra que a eletroconvulsoterapia, quando feita conforme as determinações dos conselhos competentes tende a ser uma técnica sim terapêutica foi o “start” para a mudança de posicionamento. Mesmo que contatos com literatura que atestasse isso tivessem ocorrido anteriormente à entrevista com esse profissional.

Escutar de usuário de serviço substitutivo ao modelo asilar-manicomial que ter sido submetido à ECT não foi uma experiência ruim ou torturadora, foi dando eco ao processo de não considerar apenas um lado de uma técnica.

Utilizando novamente Lispector, não há como passar por um processo de pesquisa e continuar o mesmo. Considerar os “e”, não lidando com os “ou isso ou aquilo”.

Mas também não perder de vista, não deixar de afirmar, não confundir posicionamento com maniqueísmo; de que ao que foi feito historicamente, em determinado período, sem ter a plena certeza se isso ainda é feito, com os usos e abusos da ECT, a posição é clara: oposição à eletroconvulsoterapia! Principalmente quando utilizada como tortura, mesmo quando não utilizada – para dizer ao paciente para mudar a conduta ou seria submetido ao procedimento; quando utilizada indiscriminadamente, quando feita “a seco” (sem uso de anestesia), quando disseminada como algo a ser utilizado em larga escala mesmo em dias atuais, com medicamentos modernos à disposição; a posição é “do contra”.

Muito provavelmente, ter posicionamento contrário ao que se fez da ECT, levou a responder a um Psiquiatra, quando este indagou se enfim teríamos eletroconvulsoterapia no Sistema Único de Saúde, com um “escapado” e sincero “espero que não”. O receio de uma nova possível banalização permanece. O Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) tratado amplamente com a cloridrato de metilfenidato (a famosa “ritalina”) não deixa mentir.

Contraditório, talvez, chegar ao fim deste estudo ainda com tantas questões. Por isso “considerações finais”. Não se sabe se é um estudo realmente conclusivo. “Sobram” questões. Sobram porque não foram totalmente “sanadas”; e sobram porque ainda são muitas.

O fato de os textos acadêmicos comprovarem que nem mesmo entre os profissionais habilitados para aplicar a técnica, e nem mesmo entre os que a defendem; há consentimento, ainda incomoda. É possível ser totalmente a favor de algo que até hoje não se sabe as consequências, que não se consegue mensurar os riscos à memória, por exemplo? Se a técnica é comprovadamente eficaz para determinado grupo da Classificação Internacional de Doenças (CID) como depressivos graves refratários a medicações, sua ampla divulgação e utilização condiz com a demanda?

O receio da influência do poder da indústria farmacêutica, apesar de não citado anteriormente neste texto, o acompanhou desde o início. Quando, em uma mesma entrevista o profissional considera a eletroconvulsoterapia (ECT) como procedimento caro e barato isso lateja. Quais os critérios utilizados para considerar a mesma

coisa, ao mesmo tempo, cara e barata? Quais parâmetros utilizados? Ou ainda, quais interesses em jogo?

“Cego às avessas, como nos sonhos, vejo o que desejo
 (...)

É chegada a hora da reeducação de alguém

Do Pai do Filho do Espírito Santo amém

O certo é louco tomar eletrochoque

O certo é saber que o certo é certo

O macho adulto branco sempre no comando

E o resto ao resto, o sexo é o corte, o sexo

Reconhecer o valor necessário do ato hipócrita

Riscar os índios, nada esperar dos pretos

E eu, menos estrangeiro no lugar que no momento

Sigo mais sozinho caminhando contra o vento”⁶⁶

Os termos “considerações finais” sugerem também visão diferente em relação à concepção inicial de trabalho acadêmico. Esperava-se chegar ao fim com posições muito claras, conclusões mesmo. Mas surgem outras questões: o que está dissertado aqui é essencialmente o ver do desejo da pesquisadora? Ou, nesse ínterim o desejo mistura-se ao acadêmico que se funde com o desejo e resulta numa outra coisa? Espera-se que sim.

Este trabalho pretendeu ainda, falar de preconceitos, de pré-julgamentos, de colocar em suspenso certezas praticamente imutáveis. Como um ser julgado diferente pode ter sido durante tanto tempo subjugado por profissionais, por uma sociedade que se julga diferentemente melhor? Como foram duramente vistos como seres inferiores que precisavam ser submetidos a regras de conduta das quais foram excluídos? Como serem submetidos a práticas torturantes, ECT, banhos gelados, “solitárias”, má alimentação, prisão intramuros hospitalares, tutela extramuros conservadas as cabeças manicomiais, exclusão, extirpação?

Desejos. Desejo de que as boas mudanças frente aos chamados loucos não cessem. E que tampouco sejam transferidas para os “novos loucos”: os dependentes químicos.

⁶⁶Caetano Veloso, Intérprete Caetano Veloso. **O Estrangeiro** Disponível em <http://www.vagalume.com.br/caetano-veloso/o-estrangeiro.html> Acesso em agosto de 2013.

10.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. Rumo ao Fim dos Manicômios. **Revista Mente e Cérebro**, edição 164, setembro de 2006. Disponível em: www.mentecerebro.com.br, Acesso em: setembro de 2010.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração, 2013.

ASSIS, Machado de. **O Alienista**, em 50 Contos de Machado de Assis. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Disponível em: <http://www.abp.org.br>. Acesso em: setembro de 2010.

BAPTISTA, Luis Antonio dos Santos; ZWARG, Mariana Dias da Silva; MORAES, Rodrigo.. Reforma Psiquiátrica e Dispositivos Residenciais: Afirmações e Impasses. **Texturas da Psicologia. Subjetividade e política no contemporâneo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

Caetano Veloso, Intérprete Caetano Veloso. **O Estrangeiro** Disponível em <http://www.vagalume.com.br/caetano-veloso/o-estrangeiro.html> Acesso em agosto de 2013.

CARROL, Lewis. **Aventuras de Alice no país das maravilhas**. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

CRP – 16. **Mais de 400 pacientes sofrem e hospital psiquiátrico em Cachoeiro.** Informativo *On Line*. 01 Mar. 2010, [Ano IV / Nº 39](#) – Disponível em: www.crp16.org.br. Acesso em: jun. 2011.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. **O Espelho do Mundo – Juquery, A História de um Asilo**, São Paulo: Paz e Terra, 1986.

Dado Villa-Lobos, Renato Russo, Marcelo Bonfá, Intérprete Renato Russo. **1965 – Duas Tribos**Ano. Disponível em: <http://www.vagalume.com.br/legiao-urbana/1965-duas-tribos.html>. Acesso em: setembro 2011.

DELEUZE, Gilles. **Espinosa: Filosofia Prática**. São Paulo: Escuta, 2002.

GUATTARI, Felix. Entrevista. A Subjetivação Subversiva. In: **Teoria e Debate**, 12 nov. 1990.

GULLAR, Ferreira. Uma lei errada. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 12 abr. 2009.

LAVRADOR, Maria Cristina Campello. **Loucura e vida na contemporaneidade**. 2006. Tese - Doutorado em Psicologia - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2006.

MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Maria Cristina Campello. Loucura e Subjetividade. **Texturas da Psicologia. Subjetividade e política no contemporâneo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

MOFFATT, Alfredo. **Psicoterapia do Oprimido – ideologia e técnica da psiquiatria popular**. São Paulo: Cortez, 1982.

PERIZZOLO, Juliana; BERLIM, Marcelo T.; Szobot, Claudia M.; LIMA, Ana Flávia B. S.; SCHESTATSKY, Sidnei; FLECK, Marcelo P. A. Aspectos da prática da eletroconvulsoterapia: uma revisão sistemática. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25, n. 2, Porto Alegre, Ago. 2003. p. 327-334.

RAMALHO, Zé e AZEVEDO, Geraldo. Intérprete: Zeca Baleiro. **Bicho de Sete Cabeças**. Disponível em: <http://www.vagalume.com.br/zeca-baleiro/bicho-de-sete-cabecas.html>. Acesso em: setembro 2011.

RESOLUÇÃO **CFM** **Nº** **1.640/2002** Em
http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2002/1640_2002.htm Acesso em:
maio 2013.

Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, volume 25, número 2, Porto Alegre, Agosto de 2003

ROLNIK, Suely. **Esquizoanálise e Antropofagia**. 1998a. Disponível em:
<http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/Antropesquizoan.pdf>.
Acesso em: setembro 2011.

ROLNIK, Suely. **Subjetividade Antropofágica**. 1998b. Disponível em:
<http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/Subjantropof.pdf>. Acesso
em: setembro de 2011.

ROLNIK, Suely. **Cartografia Sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina. Editora da UFRGS, 2011.

SHORTER, E.; HEALY, D. **Shock Therapy** – A History of Eletroconvulsive Treatment in Mental Illness. Rutgers University Press – New Brunswick. New Jersey and London. 2007.

VECHI, Luis Gustavo. Introgenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil. **Estudos de Psicologia**. Natal, v.9, n.3, p. 489-495, 2004.

Apêndice

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa. Em caso de aceite, após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, assine ao final deste documento, que está em duas vias, sendo uma delas para sua posse e outra do pesquisador responsável. Informamos desde já que sua participação é voluntária, sendo assegurada a possibilidade tanto de recusa quanto desistência de participação na pesquisa. Garantimos o sigilo das informações prestadas ao estudo bem como a não divulgação de quaisquer dados que possam identificar o participante. A pesquisa em questão não está associado nenhum risco. Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pelo pesquisador, no telefone que será informado adiante ou pela entidade responsável – Comitê de Ética em Pesquisa – (27) 40097840, e mail: cep.goiabeiras@gmail.com

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Trata-se de pesquisa referente à dissertação de mestrado desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

Título da pesquisa: Cura, castigo? – Um estudo sobre a criação da Eletroconvulsoterapia (ECT) e sua utilização em pacientes no Estado do Espírito Santo

Pesquisador: Fernanda Pinto de Tassis

Telefone para contato: (27) 88091205

Orientador da Pesquisa: Maria Cristina Campello Lavrador

Telefone para contato: (27) 99855076

Objetivo da pesquisa: Pesquisar e analisar a diferença entre os intuitos e os objetivos da criação da Eletroconvulsoterapia (ECT); investigar o uso da ECT, se teria sido feita conforme suas recomendações e os critérios para sua indicação; investigar se foram levadas em consideração as condições clínicas dos pacientes, os riscos de complicações.

CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE

A partir dos esclarecimentos recebidos acerca da pesquisa, consinto minha participação voluntária no estudo “Cura, castigo? – Um estudo sobre a criação da Eletroconvulsoterapia (ECT) e sua utilização em pacientes no Estado do Espírito Santo” estando sob garantia de sigilo sobre quaisquer informações que possam identificar-me no estudo e também sob ciência de que posso retirar meu consentimento a qualquer momento.

Local e data _____ / _____ / _____ /201__.

Nome do Participante: _____.

Assinatura do participante: _____.

Fernanda Pinto de Tassis (pesquisador)

Maria Cristina Campello Lavrador (professor orientador)

Anexo



**MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA
DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS - DAPE
COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL**

**PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DOS
SERVIÇOS HOSPITALARES – PNASH**

VERSÃO HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS

2003



**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À
SAÚDE COORDENAÇÃO DE
SAÚDE MENTAL/DAPE
COORDENAÇÃO GERAL DE REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO
- DERAC
PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES –
PNASH/PSIQUIATRIA**

Portaria GM/MS N.º 3.408, de 5 de agosto de 1998,

Portaria GM/MS N.º 251, de 31 de Janeiro de 2002.

1) Introdução

- a) O Ministério da Saúde, considerando a atual situação das diversas unidades hospitalares no País e a necessidade de garantir a universalidade, equidade, hierarquização e a regionalização dos serviços dentro dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde - SUS, bem como a importância de garantir a qualidade mínima necessária aos serviços de saúde através da implementação de sua principal competência enquanto órgão regulador, normatizador e fiscalizador, de âmbito nacional do Sistema Único de Saúde, instituiu o **Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH**.
- b) Esta iniciativa leva em consideração o resultado da pesquisa de opinião pública realizada em 1998, onde ficou demonstrado a urgente necessidade de aprofundar o conhecimento da atual situação dos serviços hospitalares e, conseqüentemente, propor intervenções dirigidas para a melhoria desses mesmos serviços. Mais uma vez, a importância de ouvir de maneira sistematizada os usuários do sistema e os gestores locais, reafirma a imperiosa necessidade de uniformizar parâmetros de análise para todos os hospitais do País, dentro de padrões de qualidade e de excelência, que orientem e priorizem os objetivos e metas de intervenção e ação do Ministério.
- c) A relevância do processo da descentralização das ações e serviços hospitalares indica que qualquer estratégia de avaliação requer a atuação em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Assim, as avaliações serão realizadas pela Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e/ou Secretarias Municipais de Saúde (SMS), de acordo com o estágio de descentralização existente.

2) Objetivo Geral:

- a) Melhorar a qualidade dos Serviços Hospitalares prestados aos usuários do SUS, respeitando os princípios de universalidade e da equidade.

3) Objetivos Específicos:

- a) Fortalecer a parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS);
- b) Reafirmar o papel do Ministério da Saúde como órgão regulador, normatizador e fiscalizador do Sistema de Saúde, no âmbito nacional;
- c) Estabelecer padrões de qualidade do atendimento prestado aos cidadãos/usuários dos serviços hospitalares da rede do Sistema Único de Saúde – SUS;
- d) Unificar parâmetros mínimos nacionais de avaliação dos Serviços Hospitalares pelos usuários e gestores do SUS;
- e) Implantar sistemática anual de aferição da qualidade do atendimento prestado pelos hospitais da rede do Sistema Único de Saúde e o grau de satisfação dos seus usuários com o atendimento recebido;
- f) Divulgar, pelo menos uma vez por ano, para a opinião pública o retrato atualizado da situação dos Serviços Hospitalares, na visão do usuário e gestores do SUS;
- g) Permitir o dimensionamento de ações corretivas e de melhoria da qualidade segundo critérios de prioridade.

ORIENTAÇÕES GERAIS

1) Atribuições das Secretarias Estaduais de Saúde(SES) e/ou Secretarias Municipais de Saúde (SMS):

Avaliação de Serviços Hospitalares:

- a) **Avaliação Técnica**, conforme parâmetros definidos no anexo A;
- b) Implementar ações corretivas e de melhoria da qualidade nos serviços cujos resultados e/ou recomendações da avaliação apontem esta necessidade
- c) Informar à Coordenação de Saúde Mental as intervenções implementadas para a melhoria da qualidade nos serviços.

2) Atribuições da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS):

- a) Elaborar os questionários e planilhas de avaliação dos Serviços Hospitalares;
- b) Viabilizar com o DATASUS disponibilização, via site do MS, informações, instrumentos de avaliação e envio dos resultados ao banco de dados do PNASH/Psiquiatria;
- c) Acompanhar as intervenções implementadas para melhoria da qualidade dos serviços;
- d) Solicitar divulgação, junto ao DATASUS, do resultado final do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria, conforme Decreto nº 3.507, de 13/06/2000.

AVALIAÇÃO DA EQUIPE TÉCNICA - PARÂMETROS DE AVALIAÇÃO ANEXO A

E = excelente (5), **B**= bom (4), **RE**= regular (3), **RU** = ruim (2), **P**=
péssimo (1)

1. Estrutura Física/Funcional

| | |
|-----------|---|
| E | O hospital atende, quanto à acessibilidade e funcionalidade do edifício, dimensionamento dos ambientes, instalações ordinárias (elétrica, telefônica, de água e esgoto), e especiais (ar condicionado, gases) e à especificação básica de materiais, aos critérios definidos na RDC ANVISA nº 50/02 em todas as unidades de internação, em todas as áreas de atividades individuais ou coletivas de terapia e lazer e em todas as unidades de apoio técnico e logístico (farmácia, cozinha e lavanderia). Possui conforto quanto à iluminação e ventilação. Obedece às exigências da Portaria GM nº 251/02, no item 2.6. |
| B | O hospital atende, quanto à acessibilidade e funcionalidade do edifício, dimensionamento dos ambientes, instalações ordinárias (elétrica, telefônica, de água e esgoto), e especiais (ar condicionado, gases) e à especificação básica de materiais, aos critérios definidos na RDC ANVISA nº 50/02 em todas as unidades de internação, em todas as áreas de atividades individuais ou coletivas de terapia e lazer. Atende parcialmente estes critérios nas unidades de apoio técnico e logístico (farmácia, cozinha e lavanderia). Possui conforto quanto à iluminação e ventilação. Obedece às exigências da Portaria GM nº 251/02, no item 2.6. |
| RE | O hospital atende parcialmente aos critérios definidos na RDC ANVISA nº 50/02 quanto à acessibilidade e funcionalidade do edifício, dimensionamento dos ambientes, instalações ordinárias (elétrica, telefônica, de água e esgoto), e especiais (ar condicionado, gases) e à especificação básica de materiais nas unidades de internação (enfermarias psiquiátricas e de intercorrências clínicas), nas áreas de atividades individuais ou coletivas de terapia e lazer e nas unidades de apoio técnico e logístico (farmácia, cozinha e lavanderia). Possui conforto quanto à iluminação, ventilação. Obedece às exigências da Portaria GM nº 251/02, no item 2.6. |
| RU | O hospital atende parcialmente aos critérios definidos na RDC ANVISA nº 50/02 quanto à acessibilidade e funcionalidade do edifício, dimensionamento dos ambientes, instalações ordinárias (elétrica, telefônica, de água e esgoto), e especiais (ar condicionado, gases) e à especificação básica dos materiais utilizados nas unidades de internação (enfermarias psiquiátricas e de intercorrências clínicas), nas áreas de atividades individuais ou coletivas de terapia e lazer e nas unidades de apoio técnico e logístico (farmácia, cozinha e lavanderia). Obedece parcialmente às exigências da Portaria GM nº 251/02, no item 2.6 |
| P | Unidades de internação (enfermarias psiquiátricas e de intercorrências clínicas), áreas de atividades individuais ou coletivas de Terapia e unidades de apoio técnico e logístico (farmácia, cozinha e lavanderia), não atendem a maioria dos itens da RDC /ANVISA nº 50/2002 e não atende às exigências da Portaria GM nº 251/02, no item 2.6. |

2. Limpeza Hospitalar

| | |
|-----------|--|
| E | Hospital limpo em todas as áreas; Com programa de gerenciamento interno de resíduos de acordo com a RDC 33/03; Pessoal treinado continuamente e utilizando os EPI*; Uso de produtos de limpeza adequados, conforme Manual de Processamento de Artigos e Superfícies – MS/1994; Rotinas escritas e em utilização. Horários de limpeza confortáveis para os pacientes. |
| B | Hospital limpo em todas as áreas; Pessoal treinado e utilizando os EPI*; Uso de produtos de limpeza adequados; Rotinas escritas e em utilização. Horários de limpeza confortáveis para os pacientes. |
| RE | Hospital com cozinha, enfermarias e banheiros limpos; Pessoal da limpeza utilizando EPI; Uso de produtos de limpeza adequados. Horários de limpeza confortáveis para os pacientes. |
| RU | Hospital com sujidades em banheiros, enfermarias e cozinha. |
| P | Hospital com sujidades em grande quantidade. Mofo, bolor ou presença de sangue, secreções ou excreções ou utilizando produtos que não são adequados, ocasionando risco à saúde. |

• Equipamentos de proteção individual.

Obs.: Os produtos de limpeza representam um grande risco para os funcionários desta área.

3. Roupa Hospitalar

| | |
|-----------|--|
| E | Roupas limpas e em bom estado de conservação (cama, banho e do paciente) em todo o hospital, com transporte e armazenagem em local protegido, com pessoal treinado continuamente, com trocas em número suficiente para manutenção da roupa limpa e rotinas escritas e em utilização. |
| B | Roupas limpas e em bom estado de conservação (cama, banho e do paciente) em todo o hospital, rotinas escritas e em utilização com pessoal treinado, com trocas em número suficiente para manutenção da roupa limpa. |
| RE | Roupas limpas e razoavelmente conservadas, com falta ocasional de roupa (cama, banho e do paciente) rotinas escritas e em utilização e com pessoal treinado. |
| RU | Roupas sujas ou mal conservadas, com falta ocasional de roupa (cama, banho e do paciente), sem pessoal treinado. |
| P | Roupas sujas ou mal conservadas, com falta freqüente de roupa (cama, banho e paciente) e escassez de pessoal. |

4. Almoxarifado

| | |
|-----------|--|
| E | Área de armazenamento de materiais e equipamentos de acordo com a RDC 50/02. Organizada, com controle de entrada e saída de materiais, controle do estoque com sistema informatizado e acionamento automático do processo de compra. |
| B | Área de armazenamento de materiais e equipamentos de acordo com a RDC 50/02. Organizada, com sistema de informações e controle de entrada e saída de materiais. |
| RE | Área de armazenamento de materiais e equipamentos de acordo com a RDC 50/02. |
| RU | Área inadequada para armazenamento de materiais e equipamentos ou em más condições de organização. |
| P | Não há almoxarifado. |

5. Farmácia

| | |
|-----------|---|
| E | Boas condições de armazenamento, com presença de farmacêutico hospitalar, controle de entrada e saída, com sistema de informações, controle do estoque com acionamento automático do processo de compra, com sistema de segurança, padronização de medicamentos e farmacovigilância, cumprimento da data de validade dos medicamentos, com distribuição por dose unitária e áreas específicas para as atividades desenvolvidas. |
| B | Boas condições de armazenamento, com presença de farmacêutico hospitalar, controle de entrada e saída, com sistema de informações, controle do estoque com acionamento automático do processo de compra, com sistema de Segurança, padronização de medicamentos, com cumprimento da data de validade dos medicamentos e com áreas específicas para as atividades desenvolvidas. |
| RE | Boas condições de armazenamento, com supervisão de farmacêutico hospitalar, controle de entrada e saída, com sistema de informações, controle do estoque com acionamento automático do processo de compra, com sistema de Segurança, padronização de medicamentos e com cumprimento da data de validade dos medicamentos |
| RU | Condições inadequadas de armazenamento, sem supervisão de farmacêutico. |
| P | Não há farmácia. |

6. Prevenção e Controle de Infecções relacionadas à assistência

| | |
|-----------|--|
| E | Programa de Prevenção e Controle das Infecções implantado, com profissionais designados para a realização das atividades previstas, planejadas com base no acompanhamento de indicadores obtidos por meio de vigilância epidemiológica ativa de infecções e eventos adversos relacionados à assistência. |
| B | Programa de Prevenção e Controle das Infecções em implantação, incluindo a atuação de profissionais designados para a realização das atividades previstas e planejamento baseado no acompanhamento de indicadores obtidos por vigilância epidemiológica ativa de infecções relacionadas à assistência. |
| RE | Comissão de Controle das Infecções Hospitalares nomeada e estruturada com membros consultores e/ou executores, sem programa implantado, mas desenvolvendo diretrizes básicas de prevenção e controle de infecções. |

| | |
|-----------|--|
| RU | Comissão de Controle das Infecções Hospitalares funcionando sem programa de prevenção e controle de infecções desenvolvido ou aplicação de diretrizes básicas de prevenção de infecções. |
| P | Inexistência de Comissão de Controle das Infecções Hospitalares. |

7. Condições para atendimento de Intercorrências Clínicas

| | |
|-----------|---|
| E | Possui enfermaria exclusiva para intercorrências clínicas, na proporção de um leito para cada 50 pacientes internados no hospital, área física com 6 m ² /leito, camas Fowler, localizada próxima a posto de enfermagem, sanitários anexos em boas condições de higiene, todos os equipamentos necessários (laringoscópio, ambú, desfibrilador, aspirador, etc) funcionando, bala de oxigênio ou gases medicinais encanados e 1 enfermeira destinada (responsável) para este setor. Possui ambulância ou condições de remoção do paciente com segurança. |
| B | Possui enfermaria exclusiva para intercorrências clínicas, na proporção de 1 leito para cada 50 pacientes internados no hospital, área física com 6m ² /leito, camas Fowler, localizada próxima a posto de enfermagem, sanitários anexos em boas condições de higiene, todos os equipamentos necessários (laringoscópio, ambú, desfibrilador, aspirador, Tc) funcionando, bala de oxigênio ou gases medicinais encanados. Possui ambulância ou condições de remoção do paciente com segurança. |
| RE | Possui enfermaria para intercorrências clínicas, na proporção de 1 leito para cada 50 pacientes internados no hospital, área física com 6m ² /leito, algumas camas Fowler, sanitários anexos, todos os equipamentos necessários (laringoscópio, ambú, desfibrilador, aspirador, etc) funcionando, bala de oxigênio e gases medicinais encanados. Possui ambulância ou condições de remoção do paciente com segurança. |
| RU | Possui enfermaria para intercorrências clínicas, sem atingir a proporção mínima de 1 leito para cada 50 pacientes internados no hospital, área física inferior a 6m ² /leito, algumas camas Fowler, os sanitários não são anexos e faltam alguns equipamentos. |
| P | Não há enfermaria de intercorrências clínicas. |

8. Aspectos Gerais dos Pacientes

| | |
|-----------|---|
| E | Os pacientes se apresentam limpos, bem cuidados, vestidos com roupas individualizadas (pertencentes ao paciente), calçados e sem sinais de maus tratos. |
| B | Os pacientes se apresentam limpos, bem cuidados, alternando roupas individualizadas (pertencentes ao paciente) e uniformes, calçados e sem sinais de maus tratos. |
| RE | Os pacientes se apresentam limpos, bem cuidados, vestidos exclusivamente com uniformes, calçados e sem sinais de maus tratos. |
| RU | Os pacientes se apresentam sem os cuidados necessários, vestidos, vários descalços e sem sinais de maus tratos. |
| P | Os pacientes se apresentam sem os cuidados necessários, sujos, vários despídos e descalços e com sinais de maus tratos. |

9. Alimentação do Paciente

| | |
|-----------|--|
| E | Alimentação preparada com higiene e limpeza, totalmente balanceada, com supervisão permanente de nutricionista, integrada à equipe técnica/projeto terapêutico, cardápio diversificado, em quantidade suficiente, horários adequados, talheres e vasilhames adequados manuseados pelos pacientes em boas condições de uso, em refeitório dotado de lavatórios e espaço físico compatível ao número de pacientes, bem iluminado, ventilado e limpo e com mobiliário em bom estado de conservação. |
| B | Alimentação preparada com higiene e limpeza, balanceada, com supervisão de nutricionista, integrada à equipe técnica/projeto terapêutico, cardápio diversificado, em quantidade suficiente, horários adequados, talheres e vasilhames adequados manuseados pelos pacientes em boas condições de uso, em refeitório dotado de lavatórios e espaço físico compatível ao número de pacientes, bem iluminado, ventilado e limpo e com mobiliário em bom estado de conservação. |
| RE | Alimentação preparada com higiene e limpeza, balanceada, com supervisão de nutricionista, integrada à equipe técnica/projeto terapêutico, em quantidade suficiente, horários inadequados, talheres e vasilhames adequados manuseados pelos pacientes em condições de uso, em refeitório inadequado e/ou com mobiliário comprometido. |
| RU | Alimentação preparada com higiene e limpeza, não balanceada, em quantidade insuficiente, horários inadequados, talheres e vasilhames inadequados e/ou em péssimas condições de uso, em refeitório inadequado e/ou mobiliário comprometido. |

| | |
|----------|--|
| P | Alimentação preparada sem higiene e limpeza, não balanceada, em quantidade insuficiente, horários inadequados, talheres e vasilhames manuseados pelos pacientes em péssimas condições de uso, em refeitório inadequado e/ou mobiliário comprometido. |
|----------|--|

10. Recursos Humanos

| | |
|-----------|--|
| E | Atende integralmente à Portaria Ministerial 251/2002 e possui, além do exigido pela mesma, um número maior e/ou outras categorias profissionais, em mais de 2 itens. |
| B | Atende integralmente às exigências de Recursos Humanos da Portaria Ministerial 251/2002. |
| RE | Atende à Portaria Ministerial 251/2002 em relação às categorias profissionais, deixando de cumprila quanto ao número de profissionais, em 1 item. |
| RU | Não atende à Portaria Ministerial 251/2002, Quanto ao número exigido e/ou quanto à categoria profissional, em até 2 itens. |
| P | Não atende à Portaria Ministerial 251/2002, quanto ao número exigido ou quanto à categoria profissional, em mais de 2 itens. |

11. Enfermagem

| | |
|-----------|---|
| E | O setor de enfermagem possui livro de registro para intercorrências, a equipe de enfermagem de nível médio registra, assina e carimba, por turno, a evolução diária, em anotações legíveis, com informações importantes, não estereotipadas, checa prescrições médicas, registra a administração de medicamentos e participa das reuniões de equipe e de atividades com os pacientes. |
| B | O setor de enfermagem possui livro de registro para intercorrências, a equipe de enfermagem de nível médio registra, assina e carimba por turno, a evolução diária, em anotações legíveis, checa prescrições médicas e registra a administração de medicamentos e participa das reuniões de equipe e de atividades com os pacientes. |
| RE | O setor de enfermagem possui livro de registro para intercorrências, a equipe de enfermagem de nível médio registra, assina e carimba a evolução diária, checa prescrições médicas e registra a administração de medicamentos. |
| RU | O setor de enfermagem possui livro de registro para intercorrências, a equipe de enfermagem de nível médio registra, assina e carimba esporadicamente a evolução diária, checa prescrições médicas e registra a administração de medicamentos. |
| P | O setor de enfermagem não possui livro de registro para intercorrências, a equipe de enfermagem de nível médio registra esporadicamente a evolução diária, não checa sistematicamente as prescrições médicas e não registra a administração de medicamentos. |

12. Prontuário

| | |
|-----------|--|
| E | Prontuário único, organizado, em dia, legível, com registro de anamnese, com no mínimo 3 evoluções e 2 prescrições médicas semanais, assinadas e carimbadas, e evolução (individual e/ou grupal) de outras categorias profissionais, no mínimo semanal, assinadas e carimbadas, <u>de modo a assegurar evolução diária dos pacientes,*</u> com Comissão de Prontuário estruturada. |
| B | Prontuário único, organizado, em dia, legível, com registro de anamnese, com no mínimo 2 evoluções e 2 prescrições médicas semanais, e evolução (individual e/ou grupal) de outras categorias profissionais, no mínimo semanal, de modo a assegurar evolução diária dos pacientes. |
| RE | Prontuário único, organizado, em dia, com registro de anamnese, com no mínimo uma evolução e prescrição médica semanal; e evolução (individual e/ou grupal) de outras categorias profissionais, no mínimo semanal. |
| RU | Prontuário com folhas específicas para cada categoria profissional, desorganizado, em dia, em geral sem registros de anamnese, com evoluções e prescrições médicas semanais e evoluções de outras categorias profissionais mensais. |
| P | Prontuários com folhas específicas para cada categoria profissional, desorganizados, sem registros de anamnese, com evoluções e prescrições médicas e de outros profissionais mensais. |

* Informações com qualidade (referência ao projeto terapêutico individualizado e rotinas do paciente na instituição)

13. Projeto Terapêutico/Prática Institucional

| | |
|----------|---|
| E | Projeto terapêutico escrito e prática institucional em consonância com os preceitos da Lei Federal 10.216 de 06/04/01, e que atendem integralmente às exigências referentes a este item na Portaria Ministerial 251/02. |
| B | Projeto terapêutico escrito e prática institucional atendem integralmente às exigências referentes a este item na Portaria Ministerial 251/02. |

| | |
|-----------|---|
| RE | Projeto terapêutico escrito atende às exigências referentes a este item na Portaria Ministerial 251/2002, mas a prática institucional constatada atende em parte. |
| RU | Projeto terapêutico escrito e prática institucional atendem parcialmente às exigências referentes a este item na Portaria Ministerial 251/02. |
| P | Ausência de projeto Terapêutico escrito ou projeto terapêutico escrito e prática institucional não atendem às exigências referentes a este item na Portaria Ministerial 251/02. |

14. Projeto Terapêutico/ Alta Hospitalar e Encaminhamento

| | |
|-----------|---|
| E | Existe projeto terapêutico individualizado (conforme Portaria GM nº 251/02) verificável em prontuário, a alta do paciente é trabalhada pela equipe responsável por seu atendimento, e ele é referenciado efetivamente para tratamento substitutivo ao hospital psiquiátrico. |
| B | Existe projeto terapêutico individualizado (conforme Portaria GM nº 251/02) verificável em prontuário, a alta do paciente é trabalhada por um único profissional responsável pelo seu atendimento, e ele é efetivamente referenciado para tratamento substitutivo ao hospital psiquiátrico. |
| RE | Não existe projeto terapêutico individualizado verificável em prontuário, a alta do paciente é trabalhada e ele é efetivamente referenciado para tratamento substitutivo ao hospital psiquiátrico. |
| RU | Não existe projeto terapêutico individualizado, a alta do paciente não é trabalhada e ele é referenciado para tratamento substitutivo ao hospital psiquiátrico. |
| P | Não existe projeto terapêutico individualizado, a alta do paciente não é trabalhada e ele não é referenciado para tratamento substitutivo ao hospital psiquiátrico. |

15. Espaços Restritivos – Punitivos

| | |
|-----------|--|
| E | Inexistência de cela forte, de espaços restritivos/punitivos e a maior parte dos pacientes com livre acesso às áreas do hospital |
| B | Inexistência de cela forte, de espaços restritivos/punitivos e alguns pacientes com livre acesso às áreas do hospital. |
| RE | Inexistência de cela forte, de espaços restritivos/punitivos, sem livre acesso às áreas do hospital. |
| RU | Inexistência de cela forte, mas com utilização de outros espaços restritivos/punitivos. |
| P | Existência de cela forte. |

16. Contenção Física

| | |
|-----------|--|
| E | Não ocorre contenção física de pacientes ao leito ou ocorre raramente, com presença física permanente de um membro da equipe e prescrição médica, a partir da discussão em equipe, registrada em prontuário. |
| B | Ocorre raramente contenção de pacientes ao leito, com presença física permanente de um membro da equipe e precedida de justificativa e prescrição médica em prontuário. |
| RE | Ocorre regularmente contenção de pacientes ao leito, com presença física permanente de um membro da equipe e precedida de justificativa e prescrição médica em prontuário. |
| RU | Ocorre regularmente contenção de pacientes ao leito, sem presença física permanente de um membro da equipe e precedida de justificativa e prescrição médica em prontuário. |
| P | Ocorre freqüentemente contenção de pacientes ao leito, sem presença física permanente de um membro da equipe e sem justificativa e prescrição médica em prontuário. |

17. ECT/ Psicocirurgia/Cirurgia Estereotáxica

| | |
|-----------|---|
| E | Não realizam a ECT nem as prescrevem. |
| B | Realizam ou prescrevem excepcionalmente a ECT, com indicação de acordo com critérios clínicos precisos, esgotadas todas as possibilidades terapêuticas, com consentimento informado do paciente e/ou familiar, em ambiente adequado, sob anestesia e precedida de avaliação clínica e laboratorial. |
| RE | Realizam ou prescrevem raramente a ECT, com indicação de acordo com critérios clínicos precisos, esgotadas todas as possibilidades terapêuticas, sem consentimento informado do paciente e/ou familiar, em ambiente adequado, sob anestesia e precedido de avaliação clínica e laboratorial. |
| RU | Realizam ou prescrevem regularmente a ECT, com consentimento informado do paciente |

| | |
|----------|---|
| | e/ou familiar, em ambiente adequado, sob anestesia e precedido de avaliação clínica e laboratorial. |
| P | Realizam a Psicocirurgia/Cirurgia Estereotáxica. |

18. Reuniões

| | |
|-----------|--|
| E | Existem reuniões clínicas da equipe técnica agendadas semanalmente e registradas, com integração efetiva entre os diversos setores, e reuniões regulares e registradas com pacientes e com familiares. |
| B | Existem reuniões clínicas da equipe técnica agendadas e registradas, com integração efetiva entre os diversos setores, e reuniões regulares e registradas com pacientes e com familiares. |
| RE | Existem reuniões clínicas da equipe técnica, e reuniões regulares com pacientes e/ou com familiares. |
| RU | Não existem reuniões clínicas da equipe técnica, mas ocorrem reuniões com pacientes e/ou com familiares. |
| P | Não existem reuniões da equipe técnica e nem com pacientes e familiares. |

19. Vinculação e Direitos

| | |
|-----------|---|
| E | A maioria dos pacientes sabe nomear os profissionais que os atendem, têm freqüentemente atividades fora do hospital, acesso ao telefone e visitas diárias e saem, independentes do dia da semana, de licença terapêutica. |
| B | A maioria dos pacientes sabe nomear os profissionais que os atendem, têm atividades fora do hospital, acesso ao telefone e visitas diárias e saem de licença terapêutica nos fins de semana. |
| RE | A maioria dos pacientes sabe nomear os profissionais que os atendem, têm atividades esporádicas fora do hospital, acesso ao telefone limitado, visitas diárias e saem de licença terapêutica. |
| RU | Poucos pacientes sabem nomear os profissionais que os atendem, não têm ou possuem atividades esporádicas fora do hospital, acesso ao telefone limitado, visitas 3 vezes na semana e saem de licença terapêutica. |
| P | Os pacientes, em geral, não sabem nomear os profissionais que os atendem, não possuem atividades fora do hospital, acesso restrito ao telefone, visitas semanais e raramente saem de licença terapêutica. |

20. Aspectos Gerais da Assistência

| | |
|-----------|---|
| E | Tempo médio de internação não ultrapassa 18 dias, sem evidências de pacientes com impregnação neuroléptica e sedação, com até 5% clientela de longa permanência (mais de um ano de internação). |
| B | Tempo médio de internação não ultrapassa 25 dias, sem evidências de pacientes com impregnação neuroléptica e sedação, com até 10% de clientela de longa permanência. |
| RE | Tempo médio de internação não ultrapassa 25 dias, sem evidências de pacientes com impregnação neuroléptica e sedação excessiva, e 15% da clientela de longa permanência. |
| RU | Tempo médio de internação em torno de 1 mês, sem evidências de pacientes com impregnação neuroléptica e sedação excessiva, e 20% da clientela de longa permanência. |
| P | Tempo médio de internação acima de 1 mês, com evidências de pacientes com impregnação neuroléptica e sedação excessiva, e mais de 20% da clientela de longa permanência. |

**FORMULÁRIO/PLANILHA DE AVALIAÇÃO DA
EQUIPE TÉCNICA
ANEXO B**

CNES:

CNPJ do Hospital

Nome do hospital:

Código do Município:

Sigla da UF: Data da vistoria:

Data de envio dos resultados pela

INTERNET:

Assinalar o item correspondente de acordo com a avaliação técnica:

| QUESITOS | EXCELENTE 5 | BOM 4 | REGULAR 3 | RUIM 2 | PÉSSIMO 1 |
|---|----------------|----------|--------------|-----------|--------------|
| 1. Estrutura Física/Funcional | | | | | |
| 2. Limpeza Hospitalar | | | | | |
| 3. Roupas Hospitalares | | | | | |
| 4. Almoço | | | | | |
| 5. Farmácia | | | | | |
| 6. Prevenção e Controle de Infecções relacionadas à assistência | | | | | |
| 7. Condições para atendimento de Intercorrências | | | | | |
| 8. Aspectos Gerais dos Pacientes | | | | | |
| 9. Alimentação do Paciente | | | | | |
| 10. Recursos Humanos | | | | | |
| 11. Enfermagem | | | | | |
| 12. Prontuário | | | | | |
| 13. Projeto Terapêutico/ Prática Institucional | | | | | |
| 14. Projeto Terapêutico/Alta Hospitalar e | | | | | |
| 15. Espaços Restritivos – Punitivos | | | | | |
| 16. Contenção Física | | | | | |
| 17. ECT/Psicocirurgia/Cirurgia Estereotáxica | | | | | |
| 18. Reuniões | | | | | |
| 19. Vinculação e Direitos | | | | | |
| 20. Aspectos Gerais da Assistência | | | | | |

AVALIADOR: _____

QUANTIDADE DE FORMULÁRIOS USUÁRIO DE LONGA PERMANÊNCIA:

QUANTIDADE DE FORMULÁRIOS USUÁRIO COM ALTA NOS ÚLTIMOS 7

DIAS :

LEITOS CADASTRADOS PELO SUS: _____

LEITOS EXISTENTES: _____

QUANTIDADE DE PACIENTES DE LONGA PERMANÊNCIA: _____

CAMPO PARA JUSTIFICATIVA:

FORMULÁRIO/PLANILHA DE AVALIAÇÃO DOS USUÁRIOS - DE LONGA PERMANÊNCIA

ANEXO C

| | |
|---|---|
| CNES: CNPJ DO HOSPITAL: Nome do hospital: Código do Município: Data da vistoria: | Sigla da UF: Data de envio dos resultados pela INTERNET: |
|---|---|

QUESTÕES TIPO A

ENTREVISTADOR: Marque na coluna de cada usuário, o número da escala de satisfação respondido (de 1 a 10) – marcar zero quando o paciente não souber responder ao quesito.

| QUESITOS | RESPOSTA USUÁRIO (MARCAR DE 0 A 10) |
|--|--|
| Indique o grau de satisfação quanto a: | |
| 1. Limpeza e condições das instalações físicas (Quarto, banheiro, corredores, pátio, sala de estar, refeitório, | |
| 2. Disponibilidade, educação, respeito e presteza no atendimento da equipe com o usuário. | |
| 2.1. Médicos e plantonistas | |
| 2.2. Psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais | |
| 2.3. Equipe de enfermagem | |
| 2.4. Funcionários da limpeza | |
| 3. Horários reservados para: | |
| 3.1. refeições | |
| 3.2. higiene pessoal | |
| 3.3. limpeza do hospital | |
| 3.4. atendimento médico | |
| 3.5. atendimento do psicólogo, assistente social e terapeuta | |
| 4. Tempo de duração e freqüência dos atendimentos realizados pela | |
| 4.1. Médicos | |
| 4.2. Psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais | |
| 5. Explicação, pelo médico, sobre a doença, tratamento que será realizado, efeitos colaterais e riscos. | |
| 6. Limpeza e freqüência de troca das roupas de cama e banho | |
| 7. Limpeza e freqüência de troca das roupas pessoais | |
| 8. Sabor, temperatura e quantidade das refeições | |
| 9. Disponibilidade para acesso ao telefone | |
| 10. Tempo de duração e freqüência das visitas | |
| 11. Existência e freqüência de atividades Terapêuticas dentro do | |
| 12. Existência e freqüência de atividades fora do hospital | |
| 13. Sabe nomear os profissionais que o atendem? | |

Avaliador:

Data da Entrevista:

Comentários do(s) Usuário(s):

**FORMULÁRIO/PLANILHA DE AVALIAÇÃO DOS USUÁRIOS - COM ALTA NOS
ÚLTIMOS 7 DIAS ANEXO D**

CNES:
CNPJ
DO
HOSPITAL:
AL:
Nome
do
hospital:
I:
Código do Município:
Data da vistoria:

Sigla da UF:
Data de envio dos resultados pela INTERNET:

QUESTÕES TIPO A

ENTREVISTADOR: Marque na coluna de cada usuário, o número da escala de satisfação respondido (de 1 a 10) – marcar zero quando o paciente não souber responder ao quesito.

| QUESITOS | RESPOSTA USUÁRIO (MARCAR DE 0 A 10) |
|--|--|
| Indique o grau de satisfação percebido quanto a: | |
| 1. Limpeza e condições das instalações físicas (quarto, banheiro, corredores, pátio, sala de estar, refeitório, consultório, etc.) | |
| 2. Disponibilidade, educação, respeito e presteza no atendimento da equipe com o usuário. | |
| 2.1. Médicos e plantonistas | |
| 2.2. Psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais | |
| 2.3. Equipe de enfermagem | |
| 2.4. Funcionários da limpeza | |
| 3. Horários reservados para: | |
| 3.1. refeições | |
| 3.2. higiene pessoal | |
| 3.3. limpeza do hospital | |
| 3.4. atendimento médico | |
| 3.5. atendimento do psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional | |
| 4. Tempo de duração e frequência dos atendimentos realizados pela equipe | |
| 4.1. Médicos | |
| 4.2. Psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais | |
| 5. Explicação, pelo médico, sobre a doença, tratamento que será realizado, efeitos colaterais e riscos. | |
| 6. Limpeza e frequência de troca das roupas de cama e banho | |
| 7. Limpeza e frequência de troca das roupas pessoais | |
| 8. Sabor, temperatura e quantidade das refeições | |
| 9. Disponibilidade para acesso ao telefone | |
| 10. Tempo de duração e frequência das visitas | |
| 11. Existência e frequência de atividades terapêuticas dentro do hospital | |
| 12. Existência e frequência de atividades fora do hospital | |
| 13. Qualidade do trabalho de alta desenvolvido pela equipe | |

Avaliador:
Data da Entrevista:
Comentários do(s) Usuário(s):

**INFORMAÇÕES E DOCUMENTOS A SEREM SOLICITADOS AOS HOSPITAIS
PSIQUIÁTRICOS**

1. Lista dos pacientes de alta nos últimos 7 dias, que ainda se encontram no hospital; caso não existam pacientes nesta situação, solicitar lista de pacientes em condições de alta ou em preparo de alta.
2. Lista dos pacientes internados há mais de 1 ano, ininterruptamente.
3. Projeto Terapêutico escrito.
4. Formulário para encaminhamento ambulatorial.
5. Formulário de Consentimento Informado para ECT e/ou psicocirurgia (caso realizem ou encaminhem) e livro de controle com nome dos pacientes, quantidade e frequência de sessões de ECT.
6. Ata de reuniões de equipe, de familiares e de usuários.
7. Tempo Médio de Permanência (verificar se estão incluídos todos os pacientes internados, inclusive os de longa permanência).
8. Lista de Recursos Humanos divididos por categoria profissional, local de lotação e documentos oficiais do Setor de Pessoal (escala de serviço, data de contratação, horário de trabalho, folha de ponto, relatório de plantão).
9. Livro de Registro de Enfermagem.
10. Formulário da Comunicação de Internação Involuntária.
11. Cópia do Certificado de desinsetização e desratização.
12. Cópia do Laudo de potabilidade da água.
13. Cópia do Certificado de limpeza dos reservatórios de água.
14. Cópia do Certificado de responsabilidade técnica (médico, enfermeiro e nutrição).
15. Licença do hospital (última renovação).
16. Licença da farmácia (última renovação).
17. Livro da CCIH e outras comissões