

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

**INSTITUIÇÃO E DOENÇA: a trajetória dos leprosários,
sanatórios e hospícios**

Cleuza Panisset Ornellas

Tese de doutorado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP para a obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

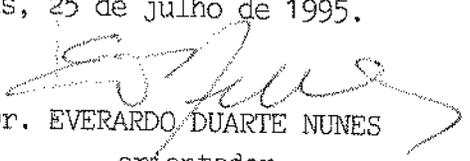
Orientador

Prof. Dr. Everardo Duarte Nunes

Departamento de Medicina Preventiva e Social /
Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP

Este exemplar corresponde à versão final da Tese de Doutorado, apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de Doutor em Saúde Coletiva.

Campinas, 25 de julho de 1995.


Prof. Dr. EVERARDO DUARTE NUNES
orientador

Ficha Catalográfica

Ornellas, Cleuza Panisset.

Or6i Instituição e doença: a trajetória dos leprosários, sanatórios e hospícios./Cleuza Panisset Ornellas. Campinas, SP: [s.n.], 1995.

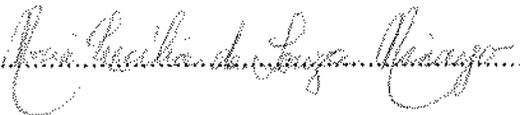
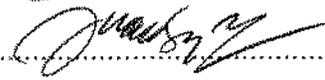
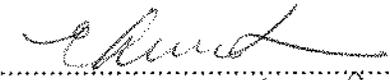
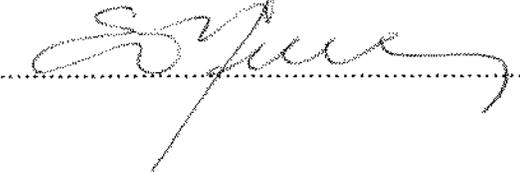
Orientador: Everardo Duarte Nunes.
Tese (doutorado)-Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Institucionalização. 2. Instituições de saúde. 3. História. I. Nunes, Everardo Duarte. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca examinadora da Tese de Doutorado

Orientador: Everardo Duarte Nunes

Membros:

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....
5. .....

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas.

Data:

A Affonso pela paciência com que
convive com a minha impaciência.
E porque acredita na utopia.

A Guilherme e Livia porque são a
utopia possível.

AGRADECIMENTOS

Assumindo a possibilidade de cometer um erro de omissão, expresso o meu agradecimento às pessoas relacionadas pela colaboração na elaboração deste trabalho, às quais me considero particularmente devedora:

Eliane, Alda, Solange, Nair, Dinamar Sabina, Maria José, Dora e Wanda, mães e irmãs de pacientes psiquiátricos, em cujos sofridos depoimentos se encontra uma das dimensões deste trabalho;

Tânia, Maria Paula, Dalva, Geraldina, Vera Lúcia, Abel, Aparecida, Carmem Lúcia, Marcelo, Maria, Valencius, profissionais da área de saúde mental;

José Luis, Alfredo, Francisco, Maria José, Roseane, Suzana, Heliane, profissionais da área de hanseníase; pela acolhida atenciosa e pelas informações abertas que subsidiaram esse trabalho. E porque se comprometem.

Às Professoras Doutoras Ieda de Alencar Barreira e Josete Luzia Leite cujas críticas e sugestões contribuíram para dar a este trabalho sua forma final.

Ao professor Anastácio Morgado pela atenção e pelas sugestões.

Aos amigos que encontrei na UNICAMP pela amizade fraterna e solidária.

A Jorge B. Bosch, pela solicitude com que sempre resolveu minhas dúvidas com o computador.

"Al andar se hace camino
Y al volver la vista atrás
Se ve la senda que nunca
Se ha de volver a pisar".

Cantares
A. Machado

"As instituições certamente são funcionais na medida em que necessariamente devem assegurar a sobrevivência da sociedade considerada. Mas já o que chamamos "sobrevivência" possui um conteúdo completamente diferente segundo a sociedade que consideramos; e, além deste aspecto, as instituições são "funcionais" relativamente a finalidades que não dizem respeito nem à funcionalidade nem ao seu oposto".

C. Castoriades

SUMÁRIO

CAPÍTULO I

Introdução

1. O problema: delimitação do objeto de estudo	01
2. Abordagem teórico-metodológica	08

CAPÍTULO II

As doenças e os doentes: objetos das práticas médicas e do asilamento institucional.

1. Introdução	14
2. As doenças: concepções e metáforas	15
3. Doenças e doentes: a invenção dos modos e meios de cuidar dos doentes	21
4. Os Hospitais: lugar de doentes e de outros personagens menos referenciados ...	29
5. A instituição hospitalar	39

CAPÍTULO III

A adoção do modelo asilar excludente nas práticas médicas: a história das colônias, dos sanatórios e dos asilos

1. Introdução	49
2. A segregação dos leprosos	50
2.1. A lepra no Brasil. Das primeiras colônias à internação compulsória e ao reconhecimento da ineficácia do modelo asilar	61
3. A exclusão dos loucos: de como a loucura foi asilada e se tornou doença	79
3.1. A criação do hospício no Brasil ⁽²³⁾	105
4. A tuberculose: doença-metáfora do século XIX	122
4.1. A tuberculose no Brasil: das Ligas de Combate à Tuberculose à Campanha; surgimento, apogeu e ocaso do sanatório	130

CAPÍTULO IV

A negação do modelo excludente: a substituição das instituições asilares por outras formas de assistir e cuidar

1. Introdução	150
2. Quando os sanatórios são desativados e os portões das colônias se abrem: o caso da lepra e da tuberculose	154
2.1. A desativação dos sanatórios	159

2.2 A abertura das colônias de leprosos	164
2.3 O movimento anti-exclusão nas políticas de saúde mental no Brasil	168
3. A desinstitucionalização em psiquiatria	172
3.1. A experiência italiana de desinstitucionalização	178
3.2. O movimento anti-exclusão nas políticas de saúde mental no Brasil	185
4. A transformação do modelo de exclusão: os discursos dos atores	192
5. A instituição denunciada: o movimento social e/ou ideológico que sustenta a desinstitucionalização em psiquiatria	215

CAPÍTULO V

Considerações finais	232
----------------------------	-----

BIBLIOGRAFIA	248
---------------------------	-----

RESUMO

O objeto deste trabalho é a internação institucional de determinadas categorias de doentes - leprosos, tuberculosos e doentes mentais - e a posterior substituição das práticas de segregação por um modelo assistencial não excludente. As concepções de doença, do hospital como lugar de tratamento e do asilo como um espaço hospitalar diferenciado são relacionadas à evolução das práticas assistenciais. A trajetória da institucionalização asilar, dessas categorias de doentes e a de sua transformação foram descritas, considerando a sua historicidade e a sua introdução no Brasil, as determinações nelas implícitas e os problemas que emergem nesse processo. A substituição do modelo de assistência asilar é analisada como produto da inserção das práticas médicas no modo de produção capitalista.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

1. O problema: delimitação do objeto de estudo

A configuração de um objeto de investigação começa quando o senso comum que define o fato não responde às questões que este suscita. A desconfiança que acompanha o que é percebido de imediato pelos sentidos e que o caracteriza, aponta para a necessidade de um conhecimento que evidencie, com maior clareza, as particularidades do fenômeno sob análise. Na dúvida, o fato vai sendo despojado das múltiplas roupagens em que o saber comum o envolve. E, nesse processo de desvelamento, emerge um novo olhar que descobre nos atributos do objeto significações antes não notadas. É então que o objeto de estudo passa a ser apreendido, reconstruído em uma nova dimensão, aquela que o insere no conhecimento científico.

O objeto desta investigação diz respeito à institucionalização asilar de determinadas categorias de doentes e à posterior rejeição das práticas assistenciais excludentes. A utilização das práticas de assistência à tuberculose, à lepra e às doenças mentais, como referencial de estudo, levou em conta que se trata de problemas de saúde, objetos da prática e do saber médicos, e, como tal, fatos que se produziram dentro dos limites das mesmas contingências históricas.

A aproximação desse objeto de investigação foi o resultado de uma busca da definição de sua singularidade, que não se mostrava com clareza nas minhas reflexões iniciais. Desse modo, meu interesse foi despertado por três tipos de estabelecimentos, "loci" dessas práticas, que têm como origem comum o movimento de exclusão dos indesejáveis - criminosos, portadores de doenças

contagiosas, particularmente os leprosos, loucos e mendigos - do convívio social das cidades, ocorrido na Europa, a partir do final do século XVII.

No entanto, tais estabelecimentos diferem entre si quanto aos seus propósitos e sua permanência histórica:

- As colônias de leprosos instituídas desde a Idade Média como lugares de confinamento, que tiveram as portas abertas na segunda metade deste século;
- os manicômios/hospícios, instituídos a partir dos séculos XV e XVI, cujas práticas são objeto de denúncias desde a segunda metade do século XVIII, e que, embora reformulados no século XIX, persistem até os dias atuais;
- os sanatórios de tuberculose, instituídos no século XIX e desaparecidos na segunda metade do século XX.

Este trabalho examina e discute o processo de construção e, especialmente, de transformação das práticas de exclusão, o modo como esse processo se apresenta em cada uma das situações indicadas, a saber, no caso da desativação dos sanatórios de tuberculose, da abertura das colônias de leprosos e das mudanças verificadas nas práticas psiquiátricas.

Isto significa a identificação do que é comum às três situações indicadas e das características particulares de cada uma delas, atendendo as condições de verificação dos fatos. Significa, por outro lado, buscar compreender os modos pelos quais se dá a inserção desse processo no sistema de relações sociais e nas transformações históricas que nele ocorre. Espaço temporal-institucional onde se confrontam o Estado, as instituições e as determinações históricas nas quais estas são conformadas.

As formas através das quais se dá a articulação entre os diferentes atores sociais que participam do processo de transformação das instituições, seus desdobramentos, refletidos na vida e na conduta das pessoas e nas relações estabelecidas entre os atores individuais e coletivos, também são elementos

constitutivos do problema, e se definem, desde logo, como um tema atraente, que poderia configurar o objeto de estudo.

Na medida em que os contornos do objeto de estudo foram se definindo com maior nitidez esses aspectos, embora presentes na sua configuração, foram sendo percebidos como constitutivos de uma situação, mas insuficientes para explicá-la.

A procura de uma perspectiva que permitisse apreender o significado da substituição dos estabelecimentos asilares por outras formas assistenciais, perspectiva que guardasse fidelidade com as questões essenciais do fenômeno, foi difícil, penosa. Diante da força do discurso apontando para a injustiça, principalmente, no caso das práticas psiquiátricas, era fácil reconhecer de que este não se consistia em uma situação particular, isolada.

As práticas assistenciais asilares excludentes referenciavam-se ao sistema de relações sociais e políticas ao qual, tanto as instituições assistenciais como os demais componentes dos sistema social são articulados.

O objeto a ser apreendido apresenta, portanto, uma complexidade particular: não consiste na substituição do modelo de exclusão em si, mas no processo que, intervindo nas políticas e práticas médicas, denuncia aquele modelo e reorganiza os serviços de saúde, antes excludentes, em outras bases, (ou propõe a sua reorganização).

Isso posto, ficou evidenciada a necessidade de apreender o processo, em uma perspectiva mais ampla, incluindo, além da questão psiquiátrica, as demais situações nas quais o modelo de exclusão foi, ou é, aplicado. Daí ter sido imprescindível um olhar ao passado, para que fosse possível compreender, em toda a sua extensão, o modo pelo qual as instituições de segregação e asilo, constituíram-se. Foi necessário, portanto, rever o processo de constituição e institucionalização daquele modelo, desde suas origens na transição da antiguidade para a Idade Média, reunindo as questões religiosas, jurídicas e sanitárias. Embora

a forma de exclusão e segregação que chegou inquestionada até o século XIX, tenha sido moldada no mundo ocidental, a partir do século XVII.

Mas, mesmo esse olhar ao passado não bastou. Foi preciso realizar um esforço suplementar, para compreender que o núcleo da questão que se pretendia investigar, embora se expressasse nas mudanças que ocorreram ou estão ocorrendo nas instituições, tem sua origem nos modos pelos quais essas instituições se integram no sistema de relações sociais e políticas que constituem a estrutura social da qual são parte.

As denúncias do sistema de internação-segregação de pessoas em estabelecimentos asilares, pacientes ou não - objetos do saber e do poder da medicina ou de outras instâncias sociais-, que vêm se avolumando desde o início do século e cujas raízes podem ser rastreadas até mesmo o final do século XVIII, foram reunidas em um amplo processo de reconceptualização do significado social, político e ideológico da segregação institucional e da instituição.

Os estudos que analisam as práticas da exclusão, denunciam a segregação e os procedimentos "terapêuticos" brutalizantes e cruéis, que anulam a identidade dos indivíduos a elas submetidos, e que, ao ultrapassarem os limites suportáveis, tornaram-se, desde logo, centro de interesse das investigações que discutem práticas institucionais.

Essas práticas, do mesmo modo que os tratamentos cruéis e as torturas encobertas pelo eufemismo de "terapêuticas", são incompatíveis com o discurso emergente no interior da ideologia neoliberal, que na sua versão humanística propõe o resgate e a ampliação dos direitos de cidadania como um objetivo universal.

As denúncias não têm por objeto as mudanças observadas no tratamento dos portadores de tuberculose e de lepra que, fundamentadas nos pressupostos da ciência e da técnica e na sua presumida neutralidade, não encontraram resistências nem desencadearam quaisquer debates. É com referência ao tratamento

institucional dos doentes mentais que os questionamentos dos modelos de assistência hospitalar-asilar adquiriram consistência e foram ampliados.⁽¹⁾

Embora seja discutível a possibilidade do estabelecimento de um marco cronológico, o questionamento da exclusão, como modelo institucional de assistência, pode ser já reconhecido no início deste século. O movimento de Higiene Mental, nos EEUU, nas duas primeiras décadas do século, assim como os ambulatórios de saúde mental, implantados na França na segunda década, foram, certamente, precursores desse processo. Após a Segunda Guerra, as denúncias do modelo de exclusão tomam forma de projetos de ação concreta, caracterizando-se, em uma primeira fase, por uma reorganização administrativa dos serviços, particularmente nas práticas psiquiátricas. Do debate que se dá, a partir das primeiras experiências, evolui um movimento direcionado para a transformação das instituições psiquiátricas.

Um olhar mais atento pode, entretanto, observar que esse processo que critica, denuncia e propõe a transformação das instituições asilares, não se limita aos estabelecimentos psiquiátricos. Apresenta-se como um movimento abrangente, que inclui, não só os hospícios, mas as demais instituições de custódia e tratamento, nas quais identifica-se o modelo de exclusão, o que se observa nos estabelecimentos que internam menores, velhos, ou, até mesmo nos presídios. No que diz respeito ao setor saúde, esse processo pode, também, ser observado nos estabelecimentos que acolheram os tuberculosos, e ainda acolhem, em alguns casos, os leprosos.

A desinstitucionalização, como processo de transformação do modelo de assistência a pacientes baseado na internação de pessoas em instituições asilares,

⁽¹⁾ Dentre os estudos que analisam este tema, por sua importância na influência que exerceram, e ainda exercem, sobre os pesquisadores brasileiros, vale citar as obras de Foucault, M. (1977 e 1987), Castel, R. (1978), Basaglia (1973, 1985). Foram, também, os estabelecimentos psiquiátricos e as práticas de custódia que despertaram o interesse dos pesquisadores brasileiros, como, Delgado (1987), Cavalcanti (1992), Portocarrero (1990), entre outros.

vem ocorrendo nos serviços de saúde, particularmente com relação aos sanatórios de tuberculose, colônias de leprosos e hospícios. Esse processo compreende um discurso técnico, presumivelmente neutro, prenhe de um evidente conteúdo ideológico, que, denuncia, de modo veemente, as práticas excludentes e repressivas que caracterizam aquelas instituições. No caso da lepra e da tuberculose o discurso é mais técnico, racional e objetivo, tratando, especificamente da eficácia dos novos tratamentos. Em todos os casos a questão principal é a transformação do modelo asilar em um outro sistema de assistência, no qual os pacientes, famílias e comunidades tenham participação efetiva.

No entanto, nas relações entre atores sociais, individuais e coletivos, - agentes institucionais, clientes, familiares e público -, relações que se dão nesse espaço em transformação, particularmente aquelas que implicam no uso de um poder, como o de autorizar a internação, estabelecer uma norma terapêutica ou dar alta, este continua nas mãos dos agentes institucionais, especialmente dos médicos, e, desse modo, a forma pela qual se efetiva essa participação não se explicita.

A implementação do novo modelo de intervenção estabelece, assim, um confronto entre os sistemas institucionais fixados nas condutas profissionais e as expectativas dos usuários dos serviços de saúde. As contradições que caracterizam esse confronto manifestam-se na articulação entre os atores sociais, protagonistas da prática institucional e nas relações entre clientes - pacientes e familiares - e agentes, envolvidos no processo e se apresenta, a ambos, de modo diferente.

O processo de desinstitucionalização, do mesmo modo que a sua invenção, constitui-se, fundamentalmente, em um processo que se dá entre atores sociais, individuais e coletivos, que se inserem num contexto social e histórico e que experimentam esse processo através de tensões e concepções, que definem e expressam suas experiências.

Contém, portanto, uma dimensão em que as relações e situações vividas definem-se, conceitualmente, por sua natureza humana, como explica Mannheim:

"...está claro que uma situação humana só é caracterizada quando se tomam em consideração as concepções que os participantes têm dela, a maneira como experimentam suas tensões nesta situação e como reagem a essas tensões,"[...] "se quisermos compreender um fenômeno, tal como a situação ou o conteúdo normativo de um ambiente, jamais será suficiente o esquema puramente mecanicista de abordagem, tendo que ser introduzido, em acréscimo, conceitos adequados para o entendimento dos elementos significativos e incomensuráveis". (Mannheim, 1976, p.70-71)

A transformação das práticas institucionais excludentes, enquanto fato social e histórico, integra o conjunto de processos através dos quais a prática médica, da qual é parte constitutiva, define os seus modelos de produção de serviços de saúde e sua inserção no modo de produção capitalista. Esta constituiu a hipótese de trabalho, delineada ao longo do processo de investigação, e que se pretende capaz de explicar o processo de reversão das práticas excludentes cristalizadas no modelo institucional asilar.

Os objetivos da investigação foram, por sua vez, compreendidos no mesmo processo em que se deu a configuração do objeto. Isto é, a construção do objeto de estudo estabeleceu, também, as questões significativas que o explicitam e que permitem a sua compreensão. Isto posto, entende-se que na construção do processo de reversão das práticas assistenciais excludentes e na sua inserção no sistema de relações sociais e políticas, estão contidos os elementos que constituem os objetivos deste trabalho.

A partir desses pressupostos foram estabelecidos os seguintes objetivos:

1. Analisar os fundamentos históricos e sociais da constituição das práticas médicas excludentes.
2. Evidenciar a forma pela qual a negação das práticas assistenciais excludentes articula-se às estratégias que inserem as práticas médicas no modo de produção capitalista.

3. Discutir as implicações do processo de transformação para os atores sociais nele envolvidos.

2. Abordagem teórico-metodológica

A investigação de um fenômeno apresenta-se como um processo de decodificação, que pretende trazer à luz suas dimensões ocultas. Implica em considerar, assim, que a essência que constitui esse fenômeno não se acha manifesta e facilmente perceptível pelo senso comum e que sua abordagem carece de estratégias próprias. Estratégias que, muito embora sejam dadas pelos modelos de conhecimento científicos consagrados e implícitas na visão de mundo do investigador, são elaboradas e construídas no processo de investigar. Mas, a investigação vem a ser, também, um modo de se integrar a unidade ao universal: do particular, do singular, decantando e analisando progressivamente, até perceber a verdade do conjunto separar-se das manifestações do detalhe.

Entende-se, ainda, que o fenômeno investigado, no caso, a institucionalização e o processo que a reverte, a desinstitucionalização - ou desospitalização - ocorre em função de uma contingência histórica, construída em um espaço onde se dão os processos de construção e reconstrução da vida social. Como tal, o fato, só se torna evidente à luz da história, que contém e explica, não só a sua inserção nos processos sociais, como, também, a sua identificação nas construções ideológicas. Mas, cumpre considerar que há um tempo de decantação para que o ocorrido na instância das relações econômicas e políticas seja absorvido pela instância social e vivenciado nos processos de construção das representações socioculturais e, mais ainda, para que seja identificado nas construções ideológicas.

A apreensão do objeto de estudo em uma perspectiva histórica implica compreender as relações (e reações) que se dão entre os atores, e, da perspectiva de sua dimensão humana, apreender o fenômeno estudado em sua totalidade. Isto

é, ao alcançar o significado das ações dos sujeitos no seu relacionamento com o sistema de relações onde estão inseridos, apreende-se o passado contido no presente e as determinações que o constituem. Em outras palavras a apreensão de um fato social como objeto de investigação, de uma perspectiva histórica, completa-se pelo entendimento de sua dimensão humana.

"Porque, na ótica da dialética a consciência se concebe desde a origem, como um produto social da necessidade e da ação humana no meio sensível, na natureza, em relação aos outros homens, dentro de determinadas condições de produção." (Minayo, 1992, p. 69)

E essa apreensão significa observar o objeto de estudo do singular, particular, a sua inserção no geral, da base material, concreta, a sua dimensão no consciente das pessoas, da prática à teoria. Significa, também, "- compreender as diferenças numa unidade ou totalidade parcial; - buscar a compreensão das conexões orgânicas, isto é, do modo de relacionamento entre as várias instâncias da realidade e o processo de constituição da totalidade parcial;- entender, na totalidade parcial em análise, as determinações essenciais e as condições e efeitos de sua manifestação." (Minayo, 1992, p. 70)

E com o apoio desses pressupostos, entre movimentos de obscuridade e clareza, foi sendo desenvolvido o presente trabalho, tendo por escopo a compreensão de seu objeto.

A primeira etapa da investigação compreendeu, uma revisão bibliográfica da história social do processo de institucionalização e posterior reversão desse processo, no setor saúde, nas áreas compreendidas pelo estudo, a saber, a internação dos tuberculosos nos sanatórios e a desativação destes, a segregação dos leprosos e, numa fase posterior a abertura das colônias, a evolução das práticas de assistências psiquiátricas, da internação em hospícios à negação do modelo de exclusão. Essa revisão concentrou-se, no caso brasileiro, no período compreendido

entre os anos de 1960 e 1990, período em que a desinstitucionalização se insere, em definitivo, nos discursos e nas práticas dos serviços.

Esteve claro, desde o início, que o processo de configuração do modelo de exclusão só poderia ser apreendido a partir de uma abordagem histórico-descritiva. Mas a sua negação, que entendemos nomear desinstitucionalização, com as ressalvas que devem ser atribuídas ao termo, pareceu, em uma primeira aproximação, que poderia explicar-se, assim como as contradições nele contidas, por sua inserção na instância político-administrativa, a nível do Estado,- principal responsável pela prestação de serviços de assistência às pessoas -, nível em que se decide a adoção de medidas legais que restringem a institucionalização de pacientes tratados em instituições asilares.

Embora os dados obtidos na revisão bibliográfica realizada fossem bastante ricos e apontassem para a compreensão de muitos dos aspectos que interessavam à pesquisa, tais como o processo de incorporação dos avanços técnicos nas práticas que integram o estudo e a relação com as mudanças políticas, foi constatada uma lacuna na informação: não se dispunha de dados quanto às relações estabelecidas entre os atores sociais do processo e os clientes das instituições, no caso pacientes e seus familiares. Tornou-se evidente a necessidade de um melhor reconhecimento do modo como se dá essa relação, no momento em que o discurso da desinstitucionalização torna-se uma prática.

A utilização de documentos e textos bibliográficos como fontes de informação foi uma contingência natural, face à temporalidade do problema estudado. As informações obtidas através de entrevistas junto a atores institucionais, nas situações em que o processo ainda não se completou, deveriam fornecer subsídios para configurar as relações que estão ocorrendo entre agentes e clientes, evidenciando as diferenças entre o discurso da instituição e o modo pelo qual os clientes vivenciam as novas práticas.

E, no sentido de atender a essa necessidade, foi realizada uma série de entrevistas junto a profissionais que trabalham em estabelecimentos que atendem os hansenianos e profissionais e familiares da área psiquiátrica, atividade que constituiu uma segunda etapa da pesquisa.

Nas entrevistas, realizadas no último bimestre de 1993 e primeiro semestre de 1994, foi utilizado um sistema de abordagem concomitante junto aos sujeitos do processo - familiares e agentes, buscando associar a impressão de cada um com relação ao mesmo fato. As entrevistas, num total de 21 (vinte e uma), incluíram: 7 (sete) profissionais que trabalham em estabelecimentos que assistem os hansenianos, sendo 3 (três) médicos, 2 (duas) psicólogas, 1 (uma) assistente social e uma (1) terapeuta; 9 (nove) junto a profissionais que trabalham em estabelecimentos que atendem a doentes mentais, sendo 4 (quatro) médicos, 1 (uma) psicóloga, 1 (uma) terapeuta e 3 (três) assistentes sociais; e 6 (seis) familiares dos pacientes atendidos (hospital dia, internação atual ou anterior), nos mesmos estabelecimentos.

Foram entrevistados profissionais e familiares de clientes de instituições psiquiátricas e de assistência a hansenianos situadas na Região Metropolitana do Rio de Janeiro: Instituto Estadual de Dermatologia Sanitária e Centro de Saúde de S. Gonçalo; - Hospital Psiquiátrico de Jurujuba (Núcleo de Atenção Psicossocial) e Casa de Saúde Dr. Eiras. (Não foram entrevistados pessoas ligadas a tuberculose por se considerar que, neste caso, o processo, do ponto de vista em que o analisamos, está completado.)

Muito embora as informações obtidas entre familiares e agentes institucionais tenham contribuído para esclarecer e definir alguns aspectos do processo, não é, ainda, nessa instância que a questão se explica.

Entretanto, do discurso dos entrevistados emergiu um conjunto de questões que apontaram para as situações mais freqüentemente vivenciadas nas relações entre agentes institucionais e familiares de pacientes. Foram essas

situações que forneceram as categorias de análise selecionadas, em cuja definição levou-se em conta a flexibilidade dos procedimentos utilizados na realização das entrevistas e a intenção de manter, tanto quanto possível, o teor do discurso dos entrevistados.

No caso da lepra, em que os familiares não foram entrevistados, as categorias selecionadas para análise foram:

- a) a representação dos profissionais sobre a hanseníase;
- b) as formas pelas quais os profissionais se relacionam com a instituição asilar, que ainda permanece aberta;

No caso das instituições psiquiátricas, foram consideradas as questões prevalentes no discurso dos entrevistados, que dizem respeito às relações estabelecidas entre agentes institucionais e os novos modelos de assistência e às relações estabelecidas entre agentes institucionais e familiares de pacientes. Para fins de análise tentou-se, sempre que possível, reunir o discurso dos familiares e o discurso dos agentes institucionais sobre o mesmo tema, referenciando-o à bibliografia pertinente.

Nesse quadro, as categorias selecionadas para análise foram:

- a) Dificuldades apresentadas por ocasião da alta do paciente e com referência ao cuidado do paciente em casa; o ônus da manutenção de um paciente em casa;
- b) Competência quanto às decisões relativas ao paciente;
- c) Identificação do membro da família ao qual é atribuída a responsabilidade de cuidar do paciente em casa;
- d) Aspirações de familiares e agentes com referência à solução do problema dos pacientes psiquiátricos;
- e) A representação dos agentes e familiares sobre algumas questões evidenciadas no processo, a saber: abandono, razões pelas quais as famílias internam os pacientes e agressividade dos pacientes.

A investigação pretendeu, desse modo, compreender o processo de exclusão em sua dimensão histórica, desde sua constituição até a sua transformação, e em sua dimensão humana, expressada nas relações entre agentes e instituições, onde se explicam as contradições contidas no contexto da história.

No capítulo I descreve-se a trajetória da pesquisa: a construção do objeto, a definição dos objetivos da investigação e a concepção teórico-metodológica que norteou o estudo.

O capítulo II contém uma análise da construção dos saberes e práticas médicas, incluindo a invenção do hospital como lugar institucional de tratamento e cura, bem como de confinamento. Esse capítulo inclui, também, uma discussão do processo de apropriação da lepra, da loucura e da tuberculose, particularmente das duas primeiras, como objeto das práticas médicas e do confinamento, ou melhor, de confinamento das práticas médicas.

O capítulo III descreve os processos de institucionalização asilar nos casos estudados, segundo uma perspectiva histórica.

Na primeira parte do capítulo IV discute-se as transformações das instituições asilares, (especialmente as instituições psiquiátricas), e das práticas médicas de assistência aos leprosos, tuberculosos e portadores de transtornos mentais. Na segunda parte deste capítulo são discutidos e comentados os dados obtidos nas entrevistas realizadas junto aos familiares e agentes institucionais.

No capítulo V são apresentadas as conclusões do trabalho.

CAPÍTULO II

AS DOENÇAS E OS DOENTES: OBJETOS DAS PRÁTICAS MÉDICAS E DO ASILAMENTO INSTITUCIONAL

"A doença, diz Susan Sontag, (1984), é o lado sombrio da vida, uma espécie de cidadania mais onerosa. Todas as pessoas vivas têm dupla cidadania, uma no reino da saúde, outra no reino da doença".

"Tal como se diz correntemente: "Esculápio lhe prescreveu a equitação, os banhos frios, a marcha de pés descalços", dever-se-ia dizer: "A natureza do Todo lhe prescreveu uma doença, uma mutilação, a perda dos pais e outras provações semelhantes". Com efeito, prescreveu significa mais ou menos no primeiro caso: determinou-lhe como mais conveniente à sua saúde, e, no segundo: o que se encontra na vida de cada um lhe foi de algum modo conveniente ao seu destino...". (Marco Aurélio, 1957)

1. Introdução

Analisar a evolução ou o desdobramento histórico dos modos de cuidar dos doentes significa colocar em evidência a questão da evolução da prática médica, como instituição que detém a legitimidade do domínio desse cuidado e dos saberes relativos à doença e à saúde.

A compreensão e a elaboração dos modos de ver a saúde e a doença, - sentimentos, crenças e valores que configuram as representações que o homem tem de si mesmo e dos males que o acometem -, bem como a estruturação dos saberes que mediatizam as formas de lidar com elas - preveni-las, tratá-las -, nas quais esses saberes se concretizam, ocorrem no mesmo processo em que vai se dando a organização dos modos de produção e a reprodução, biológica e social.

Nessa perspectiva, as explicações sobre doença e saúde são estruturadas no mesmo movimento em que se estruturam os saberes sobre a natureza, o homem e a relação entre ambos. Compreensão do processo enquanto histórico que incorpora, freqüentemente, uma idéia de determinismo.

A construção dos saberes e práticas médicas e a invenção dos meios de cuidar dos doentes, - meios materiais e imateriais através dos quais esses cuidados são efetivados-, ocorre em um processo, durante o qual a medicina emerge como instituição encarregada de assistir os doentes e detentora legítima do domínio sobre a doença, como objeto de conhecimento e de intervenção. Esse processo inclui a invenção do hospital e da clínica, assim como, a constituição e a posterior substituição das práticas médicas excludentes por outras formas de assistência.

Os elementos mais significativos da institucionalização da medicina foram, sem dúvida, a organização discursiva e sistemática dos saberes e práticas médicas, a delimitação de seu objeto de trabalho e a apropriação e legitimação do domínio sobre esse objeto e sobre o espaço onde ele se insere.

É esse o entendimento de Quevedo, (1989), quando afirma que: "[...] conceptualizaciones que el hombre elabora sobre la realidad son el resultado de un proceso de producción, que hay que comprender como haciendo parte del proceso de producción general y que, por lo tanto, están demarcadas en el contexto de reproducción socio-cultural de las cuales son productos." (Quevedo, 1989, p.2)

2. As doenças: concepções e metáforas

A ruptura com a estrutura conceitual e metodológica da antiguidade clássica de explicação da doença e do adoecer, somente vai ocorrer, no espaço do saber médico, no século XVII, com Thomas Sydenham. (Quevedo, 1989, p.1)

As doenças, segundo Foucault, de Sydenham a Pinel, se originavam e se configuravam em uma estrutura geral de racionalidade em que se tratava da natureza e da ordem das coisas. Do início de Renascimento até o final do século XVIII, "o saber da verdade fazia parte do círculo da vida, que se volta sobre si mesma e se observa"; a partir de Bichat, ele é deslocado com relação à vida, e dela

é "separado pelo intransponível limite da morte, no espelho da qual ela a contempla" (Foucault, 1977, p.167)

A idéia do equilíbrio interno, como uma expressão do equilíbrio externo, idéia sobre a qual se baseava a concepção de doença da antiguidade clássica,- e da medicina hipocrática -, prevaleceu no modelo conceitual que explicava a doença durante a Antiguidade e a Idade Média, esgotando-se, paulatinamente, no mesmo processo em que se deterioraram as formas de organização social que caracterizaram aquela período.

Enquanto o equilíbrio e a harmonia, interna e externa, constituem a base sobre a qual foram elaboradas as explicações dos gregos sobre saúde e doença, o que se dá no século XVII e XVIII é a emergência de um novo olhar que observa e analisa, como princípio metodológico da estruturação dos saberes.

A observação, que o empirismo resgata, sistematizada agora pela interpretação do sinal físico, prolonga e especializa os sentidos e continuará sendo o ponto de partida do conhecimento da doença, tendo a razão como segundo passo. Razão não somente especulativa, mas que também, experimenta e intervém, ampliando as possibilidades do conhecimento.

A observação, descrição e classificação, delimitam o paradigma da ciência moderna, e as idéias da experiência e da intervenção incorporam-se ao pensamento moderno. O saber científico que tem por objeto as doenças, - a medicina -, não será mais apenas contemplativo, mas também, transformador. Luz (1988) e Quevedo (1989), concordam que o movimento típico do conhecimento científico moderno é prático, transformador da realidade. O saber virá a ser a chave do poder. A experiência e a razão se fundem para permitir ao homem transformar e dominar o mundo.

A concepção anátomo-clínica é fruto da observação: a doença é identificada e localizada no órgão lesado ou doente. O estabelecimento da relação entre lesões anatômicas e sintomatologia clínica, estruturada com os subsídios da

observação sistemática, - quando razão e experiência tornam-se aliadas -, desenvolve-se em um novo saber patológico. Saber que, além de utilizar a anatomia como ponto de referência para a classificação das doenças,- o espaço da doença se localiza no corpo-.

Segundo Quevedo, (1989), esta atitude metodológica, que se consolida como um grande avanço, identifica a doença em uma realidade visível, palpável e mensurável: a lesão. Lesão orgânica, evidência empírica da doença, e cuja importância se estabelece com o desenvolvimento da anatomia patológica.

"A confiança na observação, como método de conhecimento da estrutura e de suas alterações, será a base de toda a medicina organicista, que se insere na mentalidade anatomopatológico." (Quevedo, E. 1989, p.11)

A trajetória histórica da razão científica moderna, assim como sua origem e bases sociais, são reconhecidas por Luz, que entende que o deslocamento epistemológico da medicina - de uma arte de curar indivíduos (uma prática), para uma disciplina das doenças, (quando o saber que a prática contém é organizado e sistematizado) - supõe uma passagem histórica que se inicia no Renascimento, do final do século XV ao início do século XVI. "Até o século XVIII", diz a autora, "a temática prevalente da medicina será, cada vez mais, as entidades mórbidas, construídas como um sistema classificatório das morbidades, sistema elaborado com base na observação das doenças,- sistemática, ordenatória, empírica -, e em um modo particular de pensar as doenças, classificando-as por analogias e metáforas de similaridade com as disciplinas da botânica e da história". E, no leito do doente ou no microscópio do século XVII, serão procuradas as evidências que apontam para esta ou aquela doença. "Obtém-se, desta forma, uma dupla objetivação: a do corpo humano, que se torna sede das doenças e das doenças que se tornam entidades patológicas". (Luz. 1988, p. 86)

O paradigma clínico - concepção biológica da doença nos limites do organismo humano - versão dominante para a explicação da doença, se instala

então. E, nesse modelo, a concepção da doença é materialmente objetivada. A natureza material torna-se objeto enquanto a razão torna-se sujeito do conhecimento. (Luz, 1988, pp.58 e segs.)

Do século XVII ao século XIX a filosofia social e a medicina ocidental incorporam um conjunto de novas categorias e conceitos que vão adquirir força de norma. Vários aspectos da vida social serão regulados e normatizados pela medicina, cujo poder se estabelece na constituição de sujeitos individuais, objetos de sua prática, e nas instituições e práticas sociais que tais conceitos, "expressos em enunciados científicos, dão forma e materialidade ao longo de todo o período". (Luz, 1988, p.7)

A ciência que se engendra dentro da racionalidade moderna tem sua síntese epistemológica mediatizada na linguagem da razão, no método científico.

A clínica, que nasce no final do século XVII e início do século XVIII, vai incorporar novas formas de aquisição do saber e novas regras de formação da percepção. Novos objetos vão se dar ao saber médico, na medida e ao mesmo tempo em que o sujeito cognoscente se reorganiza, modifica-se, passa a funcionar de uma nova forma. (Foucault, 1977, pp.53-57 e 101)

E ali, onde a clínica se configura, a experiência e o olhar se integram, um novo saber se constrói e toda a codificação dos objetos em que intervém se reformula. Mas a estrutura dessa nova definição da clínica é mais sutil e complexa: ela estava vinculada à uma reorganização do domínio hospitalar. "É preciso encontrar, para a manutenção dos hospitais, como, também, para os privilégios da medicina, uma estrutura compatível como os princípios do liberalismo e a necessidade de proteção social, entendida, de modo ambíguo, como a proteção da riqueza pela pobreza e a proteção dos ricos contra os pobres". (Foucault, 1977, p.93)

Com o nascimento da clínica, a realidade positiva, visível, a espécie patológica, "deixa de ser uma realidade clínica com uma lesão aderida para

converter-se em uma realidade anatômica" (Entralgo, L. 1982, In: Quevedo, 1989, p.9)

As rupturas teóricas dos diferentes modos de perceber a doença, que assinalam formas diferenciadas de conceituar a enfermidade e o "locus" institucional de abordá-las, em termos de saber e prática clínicas, - entronizados no hospital, configurado como o espaço de eleição para o tratamento dos doentes - não obscurecem a continuidade da medicina moderna na construção de uma crença das doenças, tomando como campo laboratorial o corpo do doente. (Foucault, 1977)

Na primeira metade do século XIX, o positivismo de Comte estabelece um novo marco para o método científico: a imaginação se subordina à observação e à objetividade; e a construção do conhecimento é submetida ao princípio da neutralidade do sujeito. Todos os fenômenos são sujeitos a leis naturais invariáveis, cujo descobrimento preciso constitui a finalidade da ciência. Não há, nesse pressuposto, uma preocupação explícita com as causas geradoras dos fenômenos observados e identificados, mas as circunstâncias em que foram produzidos e as relações de sucessão e semelhança decorrentes são examinadas. (Comte, 1978, pp.4-39)

Engendra-se, então, um novo paradigma da ciência, e no âmbito dele uma nova concepção de doença e saúde. É um processo que ocorre, dentro dos marcos da construção da ciência moderna, do empirismo que, reafirmando a importância da impressão sensorial, resgata a objetividade e a exterioridade da natureza, da observação, como prática sistemática de descoberta e de invenção que mediatiza o conhecimento, ao racionalismo que supõe ambos subordinados à razão.

A saúde se expressará pela ausência de sintomas e dos signos perceptíveis de uma patologia. A "cura" será substituída pela cessação de sintomas. E a idéia da cura como da eliminação da doença no corpo dos indivíduos incorpora-se à medicina moderna. Eliminação que se dará pela intervenção da medicina no corpo

dos indivíduos, intervenção que se estende ao "corpo social", sobre as condutas e sobre as práticas sociais.

A síntese do modelo explicativo mecanicista, "o corpo humano, morfológicamente visto como um grande engenho", do método experimentalista e da linguagem matematizante converte-se, segundo Luz, em um dos fundamentos da racionalidade moderna. (Luz, 1988, p.84). E, estendendo-se aos fenômenos sociais - a racionalização do social -, envolve, também, segundo a autora, a "criação de instituições" e a organização de políticas e práticas sociais, que têm por característica objetivação dos corpos humanos. Políticas e práticas que ficam evidentes com a criação de técnicas e de instituições de controle do período clássico, - asilos psiquiátricos, prisões, escolas, hospitais -, em que os sujeitos da racionalização moral são sujeitos construídos. E os sujeitos que povoam essas instituições são os que habitam as cidades recém povoadas, "amalgama social urbano", "promíscuo", constituído por soldados, prostitutas, loucos, aleijados de guerra, e da paz, mendigos e doentes de doenças infames como a sífilis, a lepra, a varíola, que devem ser tratados moral e fisicamente. (Luz, 1988)

A proliferação de práticas e discursos sociais voltados para uma verdadeira reforma dos sujeitos, segundo Luz, parte desse processo, atualiza-se nas escolas, nos quartéis, nos conventos, nos hospitais, nos asilos, instituições criadas - ou reformadas - segundo a ótica da reforma moral. O racionalismo é aplicado à moral.

A retomada do princípio da etiologia natural das doenças, dentro dos marcos do empirismo, abre o caminho para o desenvolvimento da medicina científica moderna.

Enquanto os paradigmas são substituídos, as formas de intervenção vão sendo elaboradas e a organização das práticas adquire consistência. Dos modos de compreender a saúde e a doença sucedem-se a os diferentes modos de lidar com ambos: a elaboração de práticas e saberes, consubstanciados em um trabalho, de

que o corpo dos indivíduos consiste no primeiro objeto, e a criação e organização de formas institucionalizadas de intervenção coletiva.

E a medicina consolida-se enquanto instituição de cuidados e tratamentos dos doentes e, ao mesmo tempo, enquanto instituição de poder em relação às questões de saúde e doença e às relações sociais delas derivadas.

3. Doenças e doentes: a invenção dos modos e meios de cuidar dos doentes

Donnangelo (1976) e Gonçalves (1984), cujos trabalhos são voltados para a relação entre a medicina e o capitalismo, entendem a necessidade de abrir espaços dentro da concepção geral das relações entre a prática médica e a história, bem como a compreensão das funções da prática em relação com as dimensões constitutivas de cada tipo macro histórico de organização social.

A análise de Donnangelo, sobre a relação da prática médica com as demais práticas sociais, estende-se aos meios de trabalho empregados pela medicina que, segundo a autora, tendem a ser compreendidos como um "conjunto de recursos tecnológicos mais ou menos complexos cuja historicidade se perde tanto no seu caráter científico, como no obscurecimento de tal caráter científico" e na instauração de uma relação particular entre o médico e o objeto de sua prática. Donnangelo entende, ainda, que "a articulação da medicina com as demais práticas sociais constitui, o ponto estratégico de que melhor se pode apreender o seu caráter histórico." (Donnangelo, 1976, pp.26 e 15)

Tomando por referência as categorias de trabalho e classe social, no sentido que a ambas é atribuído pelo marxismo, e, entendendo ser a classe social, em última instância, o objeto do trabalho médico, Gonçalves analisa a prática médica enquanto prática social, no modo de produção capitalista. Para o autor a medicina aparece "como prática reiterada das sociedades humanas, como ato humano, como atividade de uma parte dos membros de uma sociedade [...]. A

medicina aparece pois, em primeiro lugar como trabalho". (Gonçalves, 1984, p.21)
 "Desta categoria, (trabalho), participa toda atividade institucionalizada, no sentido de encontrar-se validada, fixada e regulada normativamente, ou seja, integrada a um sistema social, que atua como fonte de obtenção, por quem a desempenha, dos meios naturais de existência produzidos, ou de seus equivalentes, indispensáveis para a satisfação das necessidades "materiais" e não "materiais", historicamente conformadas e produzidas[...]". (L. Pereira, 1965, pp.31-32. In: Gonçalves, 1984, p.22)

Donnangelo, (1976), ao analisar a evolução histórica da prática médica, apoiando-se na contribuição de Conti, leva em conta, um duplo sentido: "Historicidade dos meios e ahistoricidade dos objetivos", sintetizando o caráter dessa história cronológica em termos de "aprendizagem progressiva por parte da humanidade dos meios idôneos para curar a enfermidade". Mas, a prática médica, de acordo com Conti, ao apreender o seu objeto, manipula o seu caráter histórico, sem, necessariamente conceituá-lo. (Conti, In: Donnangelo, 1976, pp.16 e 25)

Em outras palavras, entende-se que, no sentido dado Conti e referido por Donnangelo, os modos de conhecer as doenças e de lidar com elas,- saberes e práticas que constituem a prática médica -, conquanto conformados pela história incorporam em seus objetivos, valores que transcendem a história. Qualquer que seja o sentido que lhe é atribuído, ao cuidado e assistência aos doentes é inerente uma idéia de doença e de saúde e um pressuposto de carência e de necessidade nas quais se conforma o objeto da prática médica.

No entanto, essa carência, que se constitui em um atributo do indivíduo ou coletivo de indivíduos, não é de quem define e determina a prática que a satisfaz. É a medicina que a identifica, define e, através de seus agentes e aparatos institucionais, determina a prática adequada para sua satisfação. Desse modo, o objeto da prática e a necessidade que a inspira não se distinguem: o objeto da prática é a própria necessidade. "A medicina não se propõe na prática lidar com

outra coisa do que as próprias necessidades que levam o doente a ela". (Gonçalves, 1984, p.36)

Prática articulada às demais práticas sociais, trabalho ou serviço que atende a necessidades e carências previamente definidas, porque há "homens que se sentem doentes", os saberes que constituem a prática médica dizem respeito aos homens, às suas doenças e aos modos de lidar com elas. E esses saberes foram produzidos pelos homens em suas práticas, refletindo, em cada época, a visão de mundo e dos homens.

Os modos através dos quais as práticas médicas se estruturam, suas formas de organização, suas instituições, refletem não só os significados que, em cada época, o homem atribui a si mesmo e à sua doença, como, também, os mecanismos que viabilizam a articulação dessas práticas ao sistema de produção e reprodução social.

A história das instituições médicas, sejam incorporadas no ideário das pessoas e coletividades, ou consolidadas em condutas e práticas, está permeada por determinações econômicas e políticas. O significado de suas articulações com as demais práticas sociais torna-se evidente nos objetivos que lhe são atribuídos. É nesse sentido que a medicina se vincula ao Estado, instância do domínio político que promove a mobilização dos recursos ideológicos capazes de aglutinar provisoriamente classes e camadas sociais. (Donnangelo, M.C.F. e Pereira, L. 1976)

"Os meios de produção", [e os serviços de saúde constituem meios de produção de serviços], "não se sucedem meramente", afirma Donnangelo (1976, p.18), "correspondem e fundamentam modalidades de articulação entre o trabalho, seu objeto, seus produtos e a forma de seu consumo. Foi esse o pressuposto que fundamentou o desenvolvimento da clínica, como meio de trabalho, cuja emergência coincide com uma nova articulação entre a medicina e a sociedade, o que só se dá pela modificação de todo o campo da prática e da "função social do

médico". Garantindo sua competência, atribuindo-lhe a tarefa de limitar as epidemias, controlar o contágio, preservar regiões inteiras, a burguesia lhe atribui um território e um modo de exercícios novos". (Donnangelo, 1976, p.19)

De acordo com Donnangelo, a incorporação da medicina ao modo de produção capitalista, consolida-se à medida que a produção de serviços médicos torna-se cada vez mais apropriada à produção de mais valia. "A prática médica articula-se à produção de mais valia, em particular da mais valia relativa, através do aumento de produtividade do trabalho". (Donnangelo, 1976, p.35) Essa é a ótica encontrada em Pollack, em quem Donnangelo se apoia, segundo a qual, "...dirigindo-se à força de trabalho, o ato terapêutico eleva seu nível ou contribui para sua manutenção no quadro de uma reprodução [...] a medicina visa [...] a definição permanente de um nível de produtividade [...].(Donnangelo, 1976, pp.35 e 36)

E esse é, também, o sentido encontrado por Foucault, para quem "há convergência espontânea e profundamente arraigada entre as exigências da ideologia, da política e as da tecnologia médica [...]. Com um só movimento, médicos e homens de Estado reclamam, em vocabulário diferente, porém por razões essencialmente idênticas, a supressão de tudo o que possa ser obstáculo para constituição deste novo espaço: os hospitais,[...]". (Foucault, 1966, pp.63 e 64)

A incorporação das práticas médicas e de suas instituições ao modo de produção capitalista coloca em evidência o corpo, objeto do saber e da prática médica,- corpo dos indivíduos e dos coletivos de indivíduos. Esse corpo que também é, no modo de produção capitalista, mais que tudo, agente de trabalho. Nesse entendimento, o objeto de trabalho médico se constitui na força de trabalho que esse corpo representa, cuja necessidade basicamente econômica de reprodução permeia em todos os momentos a organização do trabalho médico.

E esse corpo, objeto de uma prática e agente de um trabalho, portador de uma força de trabalho, adquire os significados particulares que lhe são atribuídos

em cada estrutura de produção social, significados que se definem no domínio do político, do cultural e do econômico. Gonçalves (1984, p.29) avança esse raciocínio para apreender a classe social enquanto objeto da prática médica.)

Mas, Gonçalves ressalva que a utilização de um referencial histórico para situar a prática social, não equivale a limitar o significado das determinações sociais e estruturais aos dos condicionamentos que se lhe anexaram. Tampouco significa compreender o processo como uma prática delimitada, transfigurada, "por sua existência contingente no âmbito de situações concretas históricas inevitáveis". (Gonçalves, 1984, p.11). Situar a prática social por sua historicidade, não equivale, portanto, reduzi-la, exclusiva e restritamente aos elementos significativos que podem ser deduzidos daquelas determinações. Ou, em outras palavras, a prática social, referenciada à sua historicidade, não se apresenta como uma variável autônoma, contingenciada, o que conduziria a um reducionismo, nem como uma invariável da qual se deduziriam as determinações.

No movimento dialético em que os saberes científicos se desenvolvem, saberes sobre o corpo humano normal (anatomia e fisiologia) e doente (patologia e clínica) atende à necessidade "formulada pela existência de uma prática que procurava dar conta das situações, historicamente variáveis, designadas como "modo de viver a vida", socialmente desacreditados". Essa é a interpretação de Gonçalves, que reconhece a subordinação da ciência à prática de cada momento histórico e à uma forma de organização social que corresponde a um momento histórico em sua própria estruturação. "Em outros termos, a estrutura do conhecimento, os objetos que ela deve conhecer, os métodos e técnicas de investigação, se conjugam em forma histórica mais ou menos individualizáveis e que correspondem a outras tantas formas históricas assumidas pela prática." (Gonçalves, 1984, pp.63-64)

Nessa perspectiva identifica-se, segundo o autor, duas linhas de interpretação, a primeira das quais privilegia a essência supra histórica da prática

médica, sua determinação imperiosa das condições sociais que atuam sobre a mesma, como em Sigerist, para quem ... "Os traços característicos da profissão médica em cada época estão determinados, em um amplo grau pela atitude da sociedade ante o corpo humano e sua valorização da saúde e da doença. O propósito da medicina foi sempre o mesmo: curar a doença e, eventualmente, preveni-la. A medicina sempre significou serviço e, portanto, em todos os tempos, se requereram dos médicos certas qualidades: pronta disposição para ajudar, conhecimento sobre a natureza da doença e destreza para curá-la". (Sigerist, H.C. 1974. p.19)

A segunda linha de interpretação, indica uma posição metodológica em que se observa uma diversificação dos enfoques, desde os dominantes na sociologia americana, até os inspirados no materialismo histórico. Esta é a posição, segundo Gonçalves, de Navarro, para quem as funções do setor saúde são determinadas pelas mesmas forças econômicas que determinam as estruturas das classes sociais. Para Navarro, o sistema de serviços de saúde está determinado primariamente, "ainda que não exclusivamente, pelas mesmas forças que determinam o conjunto da formação social". [...] Considero a medicina como o resultado dialético das forças que existem tanto fora como dentro dela mesma". (Navarro, 1979, pp.19-20) "Apesar dos protestos em contrário", ressalva Gonçalves, "dificilmente se pode observar a autonomia da prática médica com respeito a essa determinação estrutural..." (Gonçalves, 1984. p.15)

Herzlich e Pierret (1984, p.212), introduzem na análise dos serviços de saúde a noção do valor do capital biológico, valor para a sociedade, mas do qual o indivíduo é responsável. Com essa noção de valor articula-se um novo protocolo da relação entre a sociedade e o indivíduo doente, um novo pacto. A doença socializada delimita o aparecimento e o reconhecimento de um personagem, o doente, face ao qual a sociedade tem deveres e obrigações. E através das suas

relações com a ordem social, a doença, que daqui em diante é pensada como tal, se referencia a um princípio transcendente.

A assistência pública, posta em funcionamento pelas autoridades políticas, teria a finalidade de remediar a insegurança que representariam, para o conjunto social, certas categorias de excluídos, assim como, a proteção desse valor que recém fora atribuído ao indivíduo. A repressão à vagabundagem, na Inglaterra em 1388, ou a criação do Grande Bureau dos pobres na França em 1544, são exemplos das medidas de assistência pública referidas pelas autoridades, mais repressivas que assistenciais, representativas da presença do poder político na sociedade. O aparecimento da assistência pública liga-se à emergência e à consolidação do poder político representativo da sociedade. (Herzlich e Pierret, 1984, p.212). Nesse sentido explica-se que ela (a assistência pública) "tenha se revestido, em sua origem, de um significado mais político que social, por se encontrar ligada a defesa e a consolidação das coletividades políticas em vias de formação." (Herzlich e Pierret, 1984, p.213). Com efeito, os grupos particulares, tais como comunidades religiosas, as confrarias e associações de operários, assumiram o encargo de beneficência e de socorro, enquanto o poder público se afirmava progressivamente na manutenção da ordem e consagração dos valores comuns da sociedade global.

Mas o Estado Moderno formula, além de uma nova ciência, um novo conceito da relação do Estado com o cidadão, categoria recém estatuída. Montesquieu (1689-1755) considera o Estado obrigado a assistir os desempregados e necessitados, afirmando: "No país do comércio, onde muitas pessoas não têm um ofício, o Estado é, muitas vezes, obrigado a prover as necessidades dos anciãos, dos doentes, e dos órfãos. "[...] Um Estado bem administrado tira esses recursos dos fundos dos ofícios mesmos; ele dá a um o trabalho de que são capazes; ensina outros a trabalhar". "Qualquer esmola que se faz a um homem nas ruas não substitui a obrigação do Estado que deve a todos os cidadãos uma subsistência assegurada, a alimentação, a vestimenta conveniente, e um gênero de vida que não

seja contrário à saúde". Montesquieu afirma, igualmente, a responsabilidade da sociedade civil com respeito à saúde dos cidadãos: "Que é mais importante que a saúde dos cidadãos? A força das gerações futuras, do Estado, não depende dos cuidados municipais?" (Montesquieu, 1966, p.712, In: Herzlich e Pierret, p.213)

Na Declaração dos Direitos do Homem de 24 de junho de 1793, está afirmado o dever da sociedade em relação aos cidadãos desgraçados, desafortunados, através da ligação subsistência - trabalho - socorro. "Os socorros públicos são uma dívida sagrada. A sociedade deve a subsistência dos cidadãos desafortunados, seja em sua procura de trabalho, seja assegurando os meios de existir àqueles que estão fora das condições de trabalhar". (G. Perin, 1967, In: Herzlich e Pierret, 1984, p.212). Verifica-se, assim, que o reconhecimento da obrigação do Estado de cuidar da saúde dos cidadãos é postulado há pelo menos dois séculos.

Herzlich e Pierret, (1984), entendem que a ligação do direito de trabalho e direito à assistência, que aparece no ideário do século XVIII, expressa uma idéia de organização social em que está contida uma nova concepção de relação entre a sociedade e seus membros. As autoras buscam o referendo de Hatzfeld, segundo o qual, uma teoria estatal de socorro e de beneficência seria complementar do individualismo mais radical em matéria de relações sociais. De acordo com o autor citado por Herzlich e Pierret, as medidas sociais tomadas na sociedade na segunda metade do século XIX, têm sua origem na incerteza da existência, "incerteza relativa a certas eventualidades da existência: a doença, a incapacidade, a velhice, encontravam o trabalhador desprevenido". (Hatzfeld, In: Herzlich e Pierret, 1984, p.214)

A doença, assimilada à incapacidade de trabalho, reconhecida pela medicina - os médicos participam da socialização da doença, conferem-lhe identidade e a denominam -, é transformada e se inscreve nos novos laços que definem a ordem social. Ser doente torna-se um direito: o direito de parar de

trabalhar e de receber cuidados. E o doente aparece como um novo personagem na cena social. Os progressos da patologia contribuem para a emergência de uma figura individualizada do doente, a quem, será reconhecido um estatuto de indivíduo inativo, - liberado dos deveres da produção e aceito como tal. Os novos deveres e direitos e um modo original de se relacionar com o conjunto social vão se definir. Mas a esse doente se reconhece, também, o direito ao tratamento de sua doença.

4. Os hospitais: lugar de doentes e de outros personagens menos referenciados

O exercício da prática médica carece de uma apropriação do objeto de trabalho, para a qual são necessárias um conjunto de instrumentos. Gonçalves, (1984) identifica o primeiro grupo desses instrumentos como uma "dimensão intelectual do trabalho médico", e o segundo grupo como correspondendo "à dimensão manual, transformadora". (pp.68/69) Um terceiro grupo de instrumentos, deve ser considerado: aquele composto "pelas condições objetivas requeridas em geral para que o processo (de trabalho) aconteça" que "não se incorporam diretamente ao processo", porém, que se caracterizam porque sem elas este não poderá efetuar-se ou só pode realizar-se de maneira imperfeita" (K. Marx, El capital, I/1 219, In: Gonçalves, 1984, p.69)

E é nessa perspectiva, como instrumento de trabalho médico, que o hospital é visto. "Entre os locais onde se desenvolveu o trabalho médico na história, um deles assume, por referência ao próprio processo de trabalho, uma posição tão fundamental que sua importância dificilmente pode ser exagerada: o hospital". (Gonçalves, 1984, p.69). Do cuidado e assistência individual, nos próprios domicílios, praticado por familiares, sacerdotes, curandeiros, parteiras ou médicos, a primeira forma de aliviar as dores, tratar os doentes e tentar curá-los,

chegou-se à invenção do hospital. Lugar especial, - estabelecimento - que reúne pessoas doentes para serem tratadas, onde os meios terapêuticos disponíveis para tratar os doentes são concentrados e onde a medicina e as demais práticas de cuidado dos doentes se instalam. O uso dos termos assistência e cuidado é intencional. Os doentes foram cuidados, assistidos, tratados em suas casas, por eles mesmos, por suas famílias, por agentes encarregados dessas práticas, e, posteriormente, em instituições, de acordo com as formas que cada sociedade estabeleceu para essa assistência.

Cuidar dos doentes define-se, como prática, trabalho ou serviço e seus agentes, -médicos, feiticeiros, sacerdotes, parteiras e, posteriormente, enfermeiros-, movimentam-se nos templos, casas e estabelecimentos criados para esse fim. A doença que a ciência tomou por objeto de conhecimento e de intervenção, é esquadrihada, medida, classificada, explicada, enquanto fato, dor, risco, ameaça, presença da morte possível. Mas resta a questão do que fazer com os doentes, questão antiga e complexa que contém implicações coletivas e sociais "que complicam as tentativas de solucionar impedindo-lhes respostas simples e diretas". (Antunes, 1991, p.11)

Medidas coletivas de prevenção de doenças, normas religiosas, cívicas, sanitárias, já haviam sido adotadas na Antiguidade; mas, só a partir do século XIX, tiveram sua definição formalmente baseada em conhecimentos médicos.

Mas, é o hospital, cuja origem pode ser remontada aos templos gregos e aos hospitais militares romanos, enquanto estabelecimento de tratamento, que se destaca como o centro para onde convergem os sistemas contemporâneos de prestação de serviços de saúde.

Localizar a origem dos hospitais nos lugares de acolhimentos dos doentes, nos templos gregos, requer um esforço de reducionismo, uma vez, que "só tangencialmente e com diversas ressalvas, [esses lugares] poderiam ser relacionados aos hospitais modernos". (Antunes, 1991, pp.10-14). A institucionalização da arte

de curar no meio civil preservou as dimensões domésticas e religiosas: os civis romanos abdicaram de formar instituições de cuidar de seus doentes. Embora tenham sido construídos locais para o acolhimento de doentes em Roma, no século II, junto aos templos, configurando os primeiros estabelecimentos com características hospitalares de que se tem notícia, as referências mais concretas dizem respeito às instituições dedicadas ao abrigo e tratamento de doentes, algo como hospitais militares, de campanha, mas que não se destinavam à população civil. Esses estabelecimentos antigos, que não tinham as características dos hospitais que vieram a ser criados na Idade Média, destinavam-se a assistir e tratar os doentes, os quais, de acordo com os pressupostos da medicina grega, seriam os agentes de sua própria cura.

Os templos de Esculápio, assim como os hospitais ali instalados, em um dos quais, o de Cós, Hipócrates teria se instruído, foram fechados em 335, por um Edito de Constantino, para serem substituídos pelos hospitais cristãos.

A partir do século IV, são fundados pelo clero, em nome dos fundamentos da fé, estabelecimentos de assistência e abrigo, que virão a tornar-se os hospitais cristãos. O Concílio de Nicéia, no ano de 325, instruiu os bispos a criarem um Hospital em suas dioceses, reafirmando o cuidar dos enfermos como uma das sete tarefas da caridade cristã.

No século VI, Justiniano, (527-565), regulamentou os asilos existentes na época, entre eles, os "nosocomia", que mais se aproximavam dos hospitais de hoje e os "lobotrophia", que recebiam doentes sem esperança de cura, inválidos e leprosos, cujo sofrimento procuravam reduzir, além de proteger os sãos de seu contato repulsivo. Com a expansão do cristianismo, os hospitais cristãos difundiram-se por toda a Europa, do oriente para o ocidente. A transição da Antiguidade para a Idade Média não afetou singularmente a evolução dos hospitais. Estes continuaram difundindo-se, na medida que o próprio cristianismo se expandia. O seu caráter institucional foi sendo modelado, implantando uma nova

representação de saúde e doença que, contrapondo-se à idéia de uma origem natural das doenças, explicavam-nas como um castigo divino, um instrumento de provação.

Segundo Antunes, (1991), a caracterização funcional dos hospitais durante os primeiros séculos da era cristã padece de alguns pontos incertos: questões como a inserção dos conhecimentos empíricos na atuação dos estabelecimentos, o uso de aplicações farmacêuticas e técnicas cirúrgicas, os procedimentos de atenção a doença, a forma de organização e o potencial de reabilitação, não são respondidos.

Até o século IX, os doentes foram tratados nos conventos, em espaços a eles destinados, mas, no ano de 816, o Concílio de Aix-La-Chapelle tornou obrigatória a construção de hospitais nos conventos. A fundação de ordens religiosas voltadas para a assistência social e para o cuidado dos doentes, que se estabeleceram nesses hospitais, fizeram deles estabelecimentos mais religiosos que terapêuticos. A cristandade introduz a hospitalidade na atenção aos doentes, aos quais oferece o conforto da religião, o cuidado dos corpos e, se possível, a recuperação de sua saúde. "Através da fatalidade e da culpa a doença é inteiramente pensada na sua relação com o divino e com a natureza. Estas noções e outras semelhantes bastam para indicar ao doente seu lugar ao mesmo tempo que dão sentido à totalidade do universo". (Herzlich e Pierret, 1984, p.212)

Do século XII em diante, as mudanças que vão determinar o enfraquecimento do feudalismo e a retomada do crescimento das cidades, a que se somam as epidemias que varrem a Europa, vão determinar um substantivo aumento da demanda dos hospitais, nos quais atuavam tanto religiosos e como leigos, mas que ainda não se constituíam no "locus" privilegiado de atuação do médico.

Com a crise da Igreja, cujo poder hegemônico enfraquece juntamente com o regime feudal, os estabelecimentos hospitalares-religiosos mantidos por ela entram em decadência, decadência que se iniciara antes mesmo de findar o período medieval. Incapazes de coibir a malversação dos recursos destinados à sua

manutenção, cerceados pelos conflitos e disputas com o poder civil, os eclesiásticos assentiram em transferir os hospitais à jurisdição secular. Ao término da Idade Média, inúmeras congregações cristãs haviam fechado as casas que mantinham, transferindo para a iniciativa laica os serviços que vinham prestando, inclusive o de cuidados aos doentes.

"Criados como instituição filantrópica, a um só tempo de auxílio material e espiritual, os hospitais foram subtraídos da hierarquia eclesiástica pelas municipalidades ainda antes do Renascimento". (Antunes, 1991, pp.74 e 129). E, sob a direção das municipalidades, delinea-se o hospital geral.

Na Inglaterra, segundo Thompsom & Goldin, que são referidos por Antunes "o principal intuito que motivou a retomada dos hospitais, não teria sido outro senão a instituição de um sistema de ajuda social, minimamente eficaz, que permitisse fazer da cidade um lugar mais saudável para viver". (Antunes, 1991, p.134)

Os hospitais preservaram, durante a Idade Média, suas características de estabelecimentos de assistência social, voltados, para funções de interesse coletivo: albergue dos pobres e doentes desprovidos de recursos, que não podiam arcar com um tratamento regular, a segregação de grupos populacionais considerados perigosos à vida das cidades - mendigos, imigrantes, portadores de moléstias repulsivas ou contagiosas, etc. O desenvolvimento de práticas médicas não era atribuição específica dos hospitais medievais. (Antunes, 1991, pp.75-76)

Tais características não se alteraram com a laicização: os hospitais mantiveram-se como uma combinação de hospedaria e asilo, instituição de abrigo e de tratamento de doentes, sem adquirir uma definição pragmática. E, seja por caridade cristã ou por força das epidemias que assolaram a Europa por toda a Idade Média, esses estabelecimentos tiveram uma expansão considerável.

Os primeiros personagens, em que se reconhecia a condição de doentes, que foram abrigados/segregados entre os muros do hospital-estabelecimento, ainda

na Idade Média, foram os leprosos. Hospital-asilo, mais asilo-prisão que hospital, nele se instalou o modelo de exclusão, adotado, para leprosos e, posteriormente, para os loucos.

A exclusão dos doentes de lepra e seu confinamento asilar consubstancia um modelo de divisão binária entre valores - puro e impuro, normal e anormal, perigoso e inofensivo, aplicando-o ao binômio saúde e doença, e com especial vigor às doenças transmissíveis. (Foucault, 1977, pp.130-135). Embora, tanto a lepra, como a loucura não tenham se conformado por inteiro no conceito de doença que a medicina construía.

"O personagem ideal do hospital até o século XVIII não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo, é alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. Esta é a função essencial do hospital [...] e o pessoal hospitalar não era fundamentalmente designado a realizar a cura do doente, mas conseguir sua própria salvação. Era um pessoal caritativo - religioso ou leigo - que estava no hospital para fazer uma obra de caridade que lhe assegurasse salvação eterna". (Foucault, 1981, pp.101/102)

Hospitais e lazaretos, hospícios, penitenciárias, estabelecimentos de educação e abrigo, convertem-se em instâncias de controle individual funcional, passando a operar em dois níveis concomitantes - o da divisão binária: puro/impuro sadio/doente-, que, segundo Foucault, caracterizou a importância do controle exercido sobre todos os aspectos relativos à permanência.

Antunes, (1991) assegura que a configuração desse paradigma e o estudo de suas conseqüências conferem aos leprosários modernos um significado particularmente relevante para a história das instituições de atenção à doença. A atividade de controle público exercida por aqueles estabelecimentos assumiu uma forma inaudita de enfrentamento das doenças transmissíveis: a segregação social dos doentes e sua retenção em instituições. Renova-se a função do hospital: de

estabelecimento de abrigo e cuidado torna-se, então, estabelecimento disciplinador. (Antunes, 1991, pp.78-79)

O aumento da demanda dos serviços prestados pelos hospitais, que ocorreu com o crescimento das cidades, do movimento do comércio e do fluxo migratório em direção às cidades, contribuiu para que esses estabelecimentos ampliassem as suas instalações.

A idéia que perpassa é que, enquanto no período medieval a igreja repassa aos pobres, em nome da caridade cristã, o que tira dela em forma de esmolas, com advento do Estado Moderno, a autoridade pública recolhe impostos para, em nome do interesse coletivo, assistir os necessitados.

O nascimento da clínica que se acompanha da utilização de novas técnicas de diagnóstico e da conversão da arte de curar em ofício, conduzem a medicina para o interior dos hospitais, lugar onde a observação dos doentes poderá ser exercida em sua plenitude. Com o nascimento da clínica, a doença, os saberes que a explicavam e que permitiam tratá-la e os portadores desse saber - os médicos - convergem para o hospital.

O hospital define-se, então, como o lugar onde os doentes podem ser observados, a causa de suas doenças descoberta e onde eles podem ser tratados e curados. E esse novo hospital, que não mais se constitui apenas em um lugar de abrigo e de asilo ou modelo disciplinar, destina-se a um outro tipo de doentes.

"Da profana incumbência de seqüestrar pobres, moribundos, doentes e vadios do meio social, escondendo o incômodo e disciplinando os corpos e guardando-os até a morte, à nobre função de salvar vidas, o hospital tem percorrido um caminho complexo e tortuoso em busca do tecnicismo científico adequado às suas novas funções". (Pitta, 1991, p.41)

O surgimento do hospital como cenário privilegiado da tecnologia médica, cumprindo finalidades terapêuticas, é fato relativamente recente e tem como marco da transformação de suas atribuições o final do século XVIII. Embora os hospitais

daquela época não tivessem a função precípua de cura, é certo que alguns deles já tinham.(Pitta, A., 1991)

A reorganização do hospital, modifica o campo de prática médica, adequando-o ao desenvolvimento da clínica, novo instrumento de trabalho. Na construção de uma nova estrutura do saber médico, o campo da prática modificou-se: "Para que a clínica fosse possível como forma de conhecimento foi necessária toda uma organização do campo hospitalar, uma nova definição do estatuto de enfermo na sociedade e a experiência a instauração de uma certa relação entre a assistência e a experiência, o auxílio e o saber." "[...]A emergência da clínica como meio de trabalho coincide, portanto, com uma nova articulação entre a medicina e a sociedade." (Donnangelo, 1976, pp.18 e 19)

E do hospital, lugar privilegiado da clínica, onde se concentram o consumo e a tecnologia, a medicina foi compelida a se expandir para o espaço social. Ao seu trabalho de tratar pessoas e, eventualmente, curá-las, acrescentou-se a tarefa de assistir as populações presumivelmente sadias, mas susceptíveis de adoecer. " A medicina deve abrir-se para o espaço social e, assim, ao final, à tarefa de suprimir a doença." (Donnangelo, 1976, p.19)

Interpretação que também é encontrada em Foucault, que entende a constituição do espaço hospitalar como resultado de um movimento de toda a sociedade, movimento para o qual convergiram os atores e práticas sociais articuladas à prática médica. (Foucault, 1977)

Os novos projetos apresentados ao final do século XVIII, assinalam o nascimento do hospital terapêutico, instrumento destinado a curar. Segundo Foucault, (1981), os dois passos da transformação que deu origem ao hospital contemporâneo, a saber, a imposição de mecanismos disciplinares para reger as atividades dos hospitais e a conversão da disciplina resultante em disciplina médica, seriam, ainda hoje, seus principais traços descritivos, responsáveis por muitas de suas características atuais. E, não menos importante, foi a sua ocupação pela

medicina. Uma medicina que, incorporando os conhecimentos da ciência moderna e da clínica, torna-se na instituição principal de assistência.

A emergência da questão da cidadania, com a construção do Estado Moderno, - o reconhecimento dos direitos individuais à liberdade, ao trabalho, ao salário, à participação política -, significou um aumento da demanda por serviços de saúde, inclusive de hospitais.

A idéia de que o doente precisa de cuidados e abrigo é anterior ao critério de possibilidade de lhes despendar tratamento médico. A organização de serviços hospítaleiros, mais que hospitalares, surgida no Império Romano, inspirava-se, seguramente em razões de ordem econômica, enquanto durante a Idade Média a motivação explícita foi a caridade cristã. Mas "ao promoverem a exclusão e o isolamento asilar de ponderáveis segmentos sociais, os hospitais prestaram-se ao controle e ao disciplinamento da vida urbana". (Antunes, 1991, p.161)

A concepção do hospital como lugar disciplinador é identificada por Foucault, (1981), que contestando a tese de que o hospital tivesse qualquer função terapêutica na sua origem, entende ter existido sempre duas séries paralelas no cuidado das pessoas: "uma série médica, cujos cuidados eram exercidos em espaço não hospitalar, nas casas; e uma série hospitalar, onde a acolhida e disciplina da pobreza e das anomalias humanas eram administradas". (Foucault, 1981, pp.101-102). Somente no século XVIII inicia-se a era do hospital como dispositivo de cuidado médico, e se estavam ocorrendo efeitos patológico, esses deveriam ser corrigidos para que o "hospital seguisse a exercer suas funções disciplinadoras". (Pitta, 1991, p.41)

Quando, a partir do século XVIII, a medicina veio a ser incorporada ao hospital, assumindo o seu controle, passou-se a acreditar que esse pudesse exercer uma ação terapêutica eficaz. É então que o hospital adquire o estatuto da contemporaneidade. As instituições asilares se destacam, então, como instituições diferenciadas, ficando no entanto o hospício e o leprosário em suspenso, como

situações ambíguas: no primeiro caso, a indeterminada condição de doente do louco e, no segundo, a segregação vitalícia que o estigma consubstancia.

Os estabelecimentos asilares identificam-se, portanto, como um tipo particular de estabelecimento hospitalar que, surgido na Idade Média, tem, como principal característica, não se apresentar como um estabelecimento específico de tratamento, mas de recolhimento, abrigo e segregação.

Enquanto extensão das instituições médicas, os estabelecimentos asilares atribuem-se a função de recolher os doentes para cuidá-los, aliviar seu sofrimento e, se possível, curá-los. Mas há o controle, a disciplina, o lado carcerário que a instituição representa, que coloca sob sua guarda os "perturbadores da ordem". E há, ainda, a função de abrigar os que, não sendo doentes nem perturbadores da ordem, necessitam de ser assistidos.

Até o século XIX este tipo especial e ambíguo de estabelecimento hospitalar abrigou, especialmente os leprosos e os loucos, que nem ao menos eram considerados realmente doentes. A partir do século XIX, quando da descoberta de seu agente específico - o bacilo de Koch - a tuberculose foi, também, objeto de internação semelhante, embora as características do lugar de internação dos tuberculosos, - o sanatório -, não fossem exatamente as mesmas dos leprosários e dos hospícios.

Este estabelecimento singular, lugar de confinamento e asilo e, às vezes, de tratamento e cuidado, expressa a necessidade de uma nova organização da cidade, que deve excluir os loucos, os leprosos, os contagiantes. E com ele instaura-se uma medicina do controle do espaço social - o hospício, a instituição de exclusão, - local seguro e terapêutico. Uma medicina que constrói espaços próprios para as doenças, e não podendo curá-las, controla os seus portadores: delimita o seu espaço, ordena sua conduta.

A consolidação da medicina enquanto instituição legítima de tratamento dos doentes e de poder em relação às questões de saúde e doença e às relações

sociais delas derivadas, ocorre em um movimento simultâneo à profunda transformação do hospital, de lugar de segregação em lugar de tratamento.

5. A instituição hospitalar

O objetivo da inserção neste trabalho de algumas considerações sobre o conceito de instituição e das tendências ao privilegiamento da análise institucional como abordagem preferencial para sua apreensão, teve como objetivo situar teórica e metodologicamente o objeto da investigação, em um quadro em que se configuram a instituição - o instituído - e a institucionalização, o processo instituinte.

O hospital-estabelecimento, lugar de cuidados e de tratamento de doentes, configura-se como uma instituição, termo que, enquanto categoria analítica de ciências sociais, tem o seu referencial definido nos domínios da sociologia e da antropologia.

Em Durkheim, o sentido do termo instituição confunde-se com o conceito de fato social do autor:

"...As maneiras coercitivas, de agir ou de pensar apresentam uma realidade exterior aos indivíduos, os quais, a cada momento de tempo, com elas se conformam" [...] "Constituem coisas que têm existência própria. O indivíduo encontra-as inteiramente formadas e não consegue impedi-las de existir.[...] Como se sabe existe um termo que exprime razoavelmente esta maneira de ser muito especial, uma vez ampliado um pouco o seu significado, é o termo instituição". (Durkheim, 1968, p.XXI)

Da concepção de Durkheim às propostas de conceituação forjadas no estruturalismo e no materialismo dialético, que redimensionam o significado do termo, apreendendo, num mesmo movimento, os elementos que constituem a

instituição, enquanto fato concreto, a ação que institui e o processo de institucionalização, o conceito vai como que se dilatando e refundindo.

A concepção de instituição como um padrão de controle - ou seja - uma programação individual imposta pela sociedade, como é formulada por Berger e Berger (1977, pp.193-199), desloca o centro da reflexão sobre o conceito, da relação com o fenômeno social exterior ao indivíduo, coercitivo, (embora assim os autores o reconheçam), para a dimensão subjetiva de um padrão de controle programado de conduta.

"No sentido usual, dizem os autores, o termo (instituição) designa uma organização que abrange pessoas, como por exemplo, um Hospital, uma prisão. [...] Também é ligado às grandes entidades [...] que o povo enxerga como um ente metafísico a passar sobre a vida do indivíduo, como o Estado, a economia ou o sistema educacional".(p.193) Acepção comum que relaciona o termo às instituições legitimadas e que os autores, em alguma medida, contestam.

Embora destacando o aspecto subjetivo da instituição, Berger e Berger, do mesmo modo que Durkheim entendem que as instituições são experimentadas como algo dotado de realidade exterior, alguma coisa situada fora do indivíduo, coercitiva e objetiva, plena de autoridade moral e historicamente determinada. Características que podem ser visualizadas na linguagem, instituição que supera todas as outras e que representa um poderoso controle da sociedade sobre todos nós.

Berger e Luchman, (1985, p.77), ampliam e aprofundam a discussão sobre a gênese da ordem social, que entendem produzida pela ação dos homens, e enfatizam a importância do hábito na formação dos padrões de conduta, ao qual consideram sujeita toda a atividade humana.

Os autores entendem que uma instituição se consolida sempre que há uma tipificação de ações recíprocas, partilhadas e acessíveis a todos os membros do grupo, construída no curso de uma história compartilhada. Para esses autores as

instituições têm sempre uma história, da qual são produtos, e seria impossível compreender uma instituição sem entender o processo histórico que a produziu. Mas elas são, antes de tudo, instâncias de controle social, que, pelo simples fato de existirem controlam a conduta humana. A institucionalização de um segmento da atividade humana significa a sua apreensão em um domínio de controle social. E o mundo social, no sentido de uma realidade ampla, é transmitido às gerações que nele se inserem como um mundo objetivo. É que as instituições aparecem como dadas, inalteráveis e evidentes, experimentadas como uma realidade objetiva, como uma facticidade. (Berger e Luchman, 1985, pp.86-95)

A proposta de Lapassade (1977), reestrutura a idéia de instituições, relaciona as críticas teóricas e redescobre um objeto empírico, numa síntese que pretende conter elementos estruturalistas e dialéticos, colocando em evidência as contradições que caracterizam a instituição e sua extensão histórica e social.

No prefácio da obra de Lapassade, Favez-Boutonnier (1977, pp.9-10), pergunta se é possível estabelecer, no interior de uma sociedade qualquer, um grupo efêmero, com uma nova estrutura, sem ver aparecer nesse grupo ou ao seu redor, fenômenos que mostram que esse grupo não pode ser isolado do meio social interior e, sobretudo, das instituições a que pertencem os indivíduos que o compõem. Entende como tal, os grupos e organizações que se formam no interior da sociedade e que se articulam com essa sociedade, isto é, com o sistema de instituições que a constituem.

No prólogo da segunda edição de seu livro, Lapassade, (1977) esclarece que, de sua preocupação com grupos, organizações e instituições, foi conduzido a constatar que nesses grupos há uma dimensão oculta e não analisada e, portanto, determinante: "a dimensão institucional". A experiência da vida social, situa-se, portanto, sempre em grupos e, nessas organizações, aparece, rapidamente, um novo elemento: o grupo é aprisionado em um sistema institucional, sobre cujas decisões os sujeitos não têm como agir. As decisões são tomadas em outra instância, sem

que os membros dos grupos sejam consultados, e diante das quais são impotentes. O autor propõe denominar "análise institucional" o método que visa revelar esse nível oculto da vida social e seu funcionamento. (Lapassade, 1977, pp.14 e 197)

Ultrapassando a instância em que identifica e reconhece a instituição, o autor propõe a construção de um método para sua investigação, um caminho para o conhecimento de sua dimensão não revelada, não objetivada. Dimensão que ele considera determinante e que se encontra, segundo ele, de forma necessária, no Estado de classe, e, por seu intermédio, na estrutura de classe de uma formação social dada. Assim, a partir do grupo submetido ao exame do investigador, deveria ser possível encontrar (ou reconstruir) o sistema de classes e suas relações, "porque o sistema institucional existe entre nós agora, na disposição material dos lugares e instrumentos de trabalho, nos horários, nos programas, nos sistemas de autoridade". "O poder do Estado está presente na oficina e na sala de aula". (Lapassade, 1976, pp.14-19). E, dessa forma o autor introduz, na discussão do conceito de instituição, a categoria classe social, categoria buscada no materialismo dialético.

E, desse modo, a análise institucional pretende tomar como objeto de análise o conjunto das dimensões da instituição, numa visão metodológica coerente com as categorias dialéticas de que se vale.

Nessa perspectiva, uma instituição não se restringe a um nível ou uma manifestação de um modo de produção ou de uma formação social, do mesmo modo que, também não é uma super estrutura, embora esta contenha o seu aspecto institucionalizado. A instituição é mais: é a lei, é o código, é a regra escrita e a regra não escrita, porque há "coisas instituídas que, embora não visíveis imediatamente, fazem parte da instituição". E, do mesmo modo, são parte da instituição suas expressões visíveis, manifestações materializadas. A instituição vem a ser, então, um produto do encontro desses níveis ou dimensões.

As instituições aparecem, ainda, como mecanismos de mediação do Estado, desempenhando ao mesmo tempo uma função repressiva e a tarefa permanente de evitar os conflitos e dissimulá-los. Têm, nesse caso, uma função claramente de encobrimento ideológico. E, como não dependem para existir do consenso dos cidadãos, são fundadas no poder do Estado, que as mantém pelo medo, e cujo poder, ao mesmo tempo, consolidam. E através desse poder consolida-se, também, o poder das classes dominantes no conjunto da sociedade". (Lapassade, 1977, pp.19, 25/27)

O sentido do termo, de Durkheim aos estruturalistas e marxistas, foi sendo reorganizado e modificado, passando do domínio restrito da sociologia e da antropologia para o domínio da psicologia e da psiquiatria.

Mas é Lapassade que dá a tônica da idéia de subjetividade do conceito, quando afirma que "o nosso consciente é instituído".(1977, p.197)

Rodrigues e Souza (1987, pp.17-37) analisam a concepção de instituição, remontando à noção de psicoterapia institucional, considerando a instituição pensada num duplo sentido: "um estabelecimento de cuidados e um estabelecimento que merece ser cuidado", e referem-se aos movimentos anti-institucionais (anti-psiquiatria, anti-escola, etc.) que introduzem um novo sentido conceitual ao termo.

A conceptualização do termo instituição aparece, segundo as autoras, como algo imediatamente problemático, localizável: forma que produz e reproduz relações sociais, que se instrumenta em estabelecimentos e/ou dispositivos próprios. O termo tem, desse modo, um duplo sentido: o primeiro refere-se à manutenção da máquina social e até de produzi-la - vertente instituinte -, e o segundo remete à vertente do instituído, não ao estabelecimento, mas à noção das formas universais de relações sociais que "nasceram, originalmente, em uma sociedade instituinte e que nunca são definitivas, mas, pelo contrário, se transformam e até podem entrar no tempo de seu ocaso". (Rodrigues e Souza, 1987, pp.20-23)

A interpretação de Rodrigues e Souza parece ter o mesmo sentido das reflexões de Garcia, (1973), que discutindo as várias concepções, concluem que "o termo instituição pode ter dois sentidos: como dado, a instituição é um sistema de normas que estruturam um grupo social e regem sua vida ou o seu funcionamento; como ato, a instituição pode significar o lugar de formação ou o ato de instituir, de formar". E os autores concluem: "Entendemos por instituição, não somente as formas constituídas de ação constituintes e os processos de institucionalização que resultam dos dois momentos precedentes. A dialética do constituinte e do constituído não se reduz a uma oposição entre normas e condutas efervescentes, eis que as normas instituídas são produzidas pela história, constantemente modificadas pelas forças constituintes". (Garcia et alii, 1973, p.22)

A dimensão conceitual da instituição é apreendida como objeto teórico de reflexão pelos cientistas sociais brasileiros na década de 70, (Albuquerque, 1978 e 1980; Luz, 1982), sob a influência dos movimentos de idéias que, englobando a questão da análise institucional e dos movimentos anti, incorporam à discussão novos marcos metodológicos, principalmente do estruturalismo e do materialismo dialético, e buscam localizar o seu objeto de estudo, tanto no objeto empírico materializado das instituições, como nos processos de institucionalização e relações sociais e políticas que o processo encobre.

A concepção de instituição adotada por Luz (1982) é abrangente, compreendendo prática e saberes e se expande além da organização-estabelecimento-aparelho, por toda a sociedade: "Instituição tem, nesse trabalho" diz Luz, "o significado de um conjunto articulado de saberes (ideologia) e práticas (formas de intervenção normatizadoras da vida dos diferentes grupos e classes sociais). Estes conjuntos (instituições) permeabilizam grande parte das atividades humanas, dentro da sociedade, e, de cada bloco histórico. Esta rede de instituições viabilizam a hegemonia e, portanto, a manutenção de toda a imensa infra-estrutura que sobre ele repousa, para retomar, invertida, a imagem clássica". (Luz, 1982,

pp.30/31). O trabalho de Luz desmitifica a neutralidade "técnica" que se pretende atribuir às instituições, e, mais precisamente às instituições assistenciais, no caso, de saúde, e coloca em evidência a sua face política.

Albuquerque, (1978, pp.67-72) identifica os elementos que estruturam a ação das instituições - a prática, o objeto, o âmbito e os atores institucionais. Entendendo que, a instituição só existe na prática de seus atores, os atores institucionais, - agentes, mandantes, clientela e público, e o contexto institucional, que compreende o conjunto de instituições -, e que essa prática se concretiza na ação institucional e na relação de clientela, estabelecida entre a instituição e os atores concretos, (coletivos e ou individuais), visados em sua ação; isto é, entre a instituição e os atores cujas relações sociais constitui objeto da ação institucional. O público, no caso, compreende os atores coletivos e individuais para quem a ação é visível, podendo, eventualmente, integrar a clientela. Para o autor, é o reconhecimento e a prática dos sujeitos que conferem o poder instituinte dos objetos e de suas partes constitutivas, poder que não é inerente aos mesmos. (Albuquerque, 1978, p.22)

As práticas institucionais, práticas dos agentes institucionais, produzidas nas relações entre agentes e mandante ou entre agentes e clientes, são, portanto, práticas conflitantes e contraditórias dos diversos atores institucionais

As práticas e as condutas, que efetivam o processo de institucionalização e lhe confere expressão visível, são definidas em um discurso, cuja natureza ideológica garante a sua inserção em uma formação política e cujo significado responde a uma situação social específica. Em outras palavras, a instituição existe, enquanto estabelecimento e organização, conduta, norma ou valor, porque existe, no contexto em que se insere, e não só entre os que a operam, um consenso e um reconhecimento, de que esse estabelecimento, esse dispositivo, como elemento integrante da vida social, responde a uma expectativa dos atores institucionais, cuja ação instituinte a concretiza.

Começando pela identificação do instituído nos estabelecimentos e organizações com existência material e ideológica, e atingindo as práticas e saberes efetivados nas relações sociais, os conceitos de instituição e dos referenciais que o definem, tendem a escapar ao empirismo e ao pragmatismo profissional.

É, nesse sentido amplo, que se compreende instituição. Sentido que se aplica à medicina, conjunto articulado de saberes e práticas sobre as quais detém o domínio legítimo, domínio que se estende às formas pelas quais esses saberes e práticas são organizados socialmente. E que se aplica, também, aos estabelecimentos e organizações, assim como sua extensão, manifesta nos comportamentos e normas, padrões de condutas instituídas e aceitas, cuja legitimidade lhe é conferida, consensualmente, por todos aqueles que, com sua prática a concretizam. São os agentes institucionais, mandantes e seus representantes, clientela e público, que, eventualmente, podem tornar-se, também, na clientela, dos hospitais, escolas, prisões ou empresas. E, todos eles, reconhecem as instituições, médicas, jurídicas, pedagógicas ou econômicas e seus aparatos.

Esse reconhecimento é traduzido na manutenção material incontestada, pública, ou privada, da instituição e na sua inclusão no discurso político e nas expectativas que os membros da sociedade têm delas. Porque se o olhar do investigador busca desvelar seus fins ocultos, sua finalidade explícita está lá, incontestável, e é ela que insere a instituição nas práticas das pessoas: desejada e realizada, mesmo que assim o seja por força da ação ideológica da própria instituição.

E as instituições estão entre nós e nós estamos nelas: prisões e escolas são instituições cujos fins explícitos - segurança e ensino - ocultam a dimensão de seus significados repressivos e controladores; mas as pessoas as reconhecem e utilizam garantindo, com essa prática, sua continuidade social. Estabelecimentos asilares e as relações neles contidas - práticas instituídas e aprovadas socialmente, constituem instituições e, como tal, fato social e histórico que não é sempre o mesmo.

Vale lembrar a opinião de Guilhon de Albuquerque, para quem a instituição responde "a uma demanda social, formulada pelo Estado ou pelas camadas dirigentes que define diferentes funções de cada instituição, às quais convergiram no sentido da manutenção da ordem social e da exclusão de tudo o que poderia por em perigo a coerência da imagem que a sociedade tem dela mesma". (p.34)

A comprovação de que as instituições médicas viabilizam um projeto de hegemonia e de controle social, que é político, e de que suas práticas são muitas vezes, ideológicas e repressivas, não elimina o fato de que elas são desejadas e reivindicadas, reforçadas pela retórica dos discursos políticos, formais e informais, e nos saberes forjados nas instâncias legitimadoras e nas representações dos atores sociais coletivos e individuais.

Na institucionalização - internação/asilar - prática que a sociedade utiliza para atender pessoas de diferentes categorias, que necessitam de cuidados e assistência estão definidas as dimensões dos conceitos analisados. Doentes mentais, portadores de doenças contagiosas de longa duração, como a tuberculose e a lepra, crianças abandonadas, velhos, inválidos, têm sido mantidos segregados por períodos longos, às vezes permanentemente, em instituições-estabelecimentos, e essa prática os instituem, mantém e reproduzem.

Goffman, que conceitua tais instituições como instituições totais, enumera cinco grupamentos em que as classifica. Desses grupamentos constam: "em primeiro lugar, há as instituições criadas para cuidado de pessoas que, segundo se pensa, são incapazes e inofensivas; nesse caso estão as casas de cegos, velhos, órfãos e indigentes. Em segundo lugar, há os locais para cuidado de pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas e que são ameaça à comunidade, embora de maneira não intencional, sanatórios para tuberculosos, hospitais para doentes mentais, e leprosários."(Goffman, 1974, p.11)

A institucionalização de pessoas em estabelecimentos asilares - prática efetivada pelos atores sociais - público, agentes, mandantes e seus representantes, tornou-se uma prática reconhecida e aceita, inserida nas expectativas das pessoas, durante tempo suficiente para integrar o contexto social. E as categorias de pessoas, objetos de internação e segregação, são os loucos, os portadores de doenças de longa duração, os menores, os velhos, os infratores das leis, entre outras classes de pessoas.

A institucionalização de cada uma dessas categorias é referendada por um discurso neutro, objetivo que além de normatizar a prática, demonstra a sua necessidade, adequação e vantagens para ambos, os que a implementam e os que são submetidos a ela; discurso que explica a prática e lhe confere um valor humanitário, político e ético, e, conseqüentemente, a legitima. Práticas e discursos, produtos sociais e históricos, vinculados a uma situação de classe da sociedade que o produz.

É assim quanto ao discurso normativo que referencia a institucionalização da lepra e da tuberculose, fundamentado em conhecimentos oriundos das ciências naturais, embora as medidas nele contidas sejam, em grande parte, sociais; e é assim, também, quanto aos discursos normativos que referendam a internação das demais categorias: crianças, velhos, inválidos ou condenados, do mesmo modo que para os doentes mentais.

Mas, a retórica institucional relaciona, entre os propósitos explícitos mais frequentes da internação de pessoas, a proteção, o cuidado e a assistência, com vistas a recuperação da saúde, n+o caso de pessoas que se reconhece serem doentes.

CAPÍTULO III

A ADOÇÃO DO MODELO ASILAR EXCLUDENTE NAS PRÁTICAS MÉDICAS: A HISTÓRIA DAS COLÔNIAS, DOS SANATÓRIOS E DOS ASILOS

1. Introdução

A revisão da história social da segregação dos leprosos, dos portadores de transtornos mentais e dos tuberculosos em instituições, teve o objetivo de identificar as situações em que essas três categorias de pacientes apresentam condições de semelhança que satisfazem as especificações requeridas para seu confinamento naqueles estabelecimentos.

As condições históricas que cercaram a lepra e a segregação dos leprosos, na Idade Média, nas quais os fatos de natureza econômica, social, religiosa, epidemiológica, - não particularmente da lepra - e a própria expansão da doença, expressam uma realidade complexa e, de certo modo articulada, estabeleceram as bases - ou os lugares - para a internação dos loucos, ao final do século XVII. Do mesmo modo, este procedimento, aprendido e decantado, vai ser reencontrado no isolamento dos tuberculosos no século XIX.

É certo de que não se tratam de situações decalcadas ou idênticas, mas da utilização de procedimentos e práticas já experimentados, em situações novas, que, embora historicamente diferenciadas, apresentavam problemas similares ou assim percebidos.

2. A segregação dos leprosos

"Leproso é aquele homem que imundo está: o sacerdote o declara totalmente por imundo, na sua cabeça tem a sua praga. Também os vestidos do leproso, em quem está a praga, serão rasgados, e a sua cabeça será descoberta, e cobrirá o beijo superior, e aclamará: "imundo! imundo!" Todos os dias em que a praga estiver nele, será imundo: imundo está, habitará só, a sua habitação será fora do arraial." (Levítico, 13: 44-46)

"E falou o Senhor a Moisés, dizendo: Ordena aos filhos de Israel que lancem fora do arraial a todo o leproso, e a todo o que padece fluxo, e a todos os imundos por causa do contato com algum morto. Desde o homem até a mulher os lançareis: fora do arraial os lançareis para que não contaminem os seus arraiais, no meio dos quais eu habito. Os filhos de Israel fizeram assim e o lançaram fora do arraial: como o Senhor falara a Moisés, assim fizeram os filhos de Israel". (Números, 5: 2-4)

[...] "Assim ficou leproso o rei Uzias até ao dia de sua morte; e morou por ser leproso, numa casa separada, porque foi excluído da casa do Senhor";[...] (II Crônicas 26:21)

Uma das mais antigas doenças humanas, a lepra era conhecida entre os egípcios, entre os habitantes da Índia e é descrita em documentos que retratam a cultura e a vida dos povos antigos. E essas descrições, contém referências a medidas de segregação adotadas em relação aos doentes. (Andrade, 1993; Antunes, 1991)

A morbus phenicius, que destruía e mutilava as extremidades dos membros, a Elefantíasis Graecorum, a Tsaraath dos hebreus, são, todas, a lepra, a morfêa ou a hanseníase, embora, possivelmente não pudessem ser reconhecidas nos casos de lepra de hoje.

De acordo com Heródoto, (400 A.C.), foram os soldados de Darius, de seu filho Xerxes, (V século A.C.), e as tropas de Alexandre o Grande, que, retornando da Índia, com seus soldados contaminados, (300 A.C.), introduziram a lepra na Grécia.

O caminho percorrido pela lepra, da antiguidade até a Idade Média, segue, assim, a rota da humanidade: da Mesopotâmia até a Fenícia; da Fenícia para Caldeia e para a Babilônia, passando pelo Egito, (século XII A.C.), e penetrando na Grécia,

por volta de 300 A.C. (Antunes, 1991, pp.77-93). Rota dos exércitos e do comércio.⁽¹⁾

A crônica dos hebreus e dos egípcios, a primeira mais difundida na cultura ocidental, contém referências bastante precisas sobre a lepra e sua condição de objeto de aversão e repulsa, bem como de medidas tendentes a afastar o leproso do convívio com os demais membros da comunidade.

Quer dizer, a repulsa, nojo, medo dos leprosos e as condutas coerentes com esses sentimentos, - agressões, segregação, expulsão, etc. -, são fatos inerentes à história da civilização ocidental.

As rígidas leis de purificação dos hebreus, contidas no Levítico, incluíam a limpeza do corpo e o isolamento e não liberavam nenhum membro da comunidade, nem mesmo o rei. Mas não há comprovação de que essas medidas tivessem um significado médico, terapêutico; tampouco há referência a diagnósticos. As medidas preconizadas eram parte de um código geral de controle, que integrava as leis religiosas da tradição judaica.

A tradição judaico-cristã manteve e reforçou o significado religioso, que reconhecia na lepra um castigo de Deus. E essa concepção permaneceu ao longo dos séculos.

Na Idade Média a doença era endêmica na maioria dos países da Europa, embora ainda não tivesse adquirido a importância que veio a ter a partir das Cruzadas.

Em Portugal a ocorrência da doença é reconhecida como uma epidemia no século VIII. Do século VII ao século XIV, espalha-se por toda a Europa. E, nesse período, ocorre a expansão dos leprosários, leprosarias, gafarias (termos ainda usados em Portugal até período recente) por toda a Europa. (Andrade, 1993)

⁽¹⁾ Os fenícios teriam sido responsáveis pela propagação da lepra, tanto na Grécia, como na Península Ibérica, na Itália e na França. Encontram-se, ainda, referências à lepra na África, no Sudão, em 1350 A.C. e no Egito, onde, em 300 A.C., era endêmica. (Zambaco Pancha, 1914, pp.1-125; e Antunes, 1991, p.83)

Há uma tendência a atribuir ao cristianismo e a seus ideais explícitos de caridade a organização dos hospitais para atender doentes e necessitados na Idade Média. Contudo, há razões para crer que a origem das casas de abrigo de doentes e necessitados, construídas naquele período, não foi resultado, apenas, do ideal humanitário e solidário do cristianismo. O aumento da incidência da lepra por toda a Europa, a partir do século XI, disseminada com a ajuda das cruzadas e das precárias condições de higiene de então, deve ter contribuído para que fossem tomadas medidas mais eficazes de controle da doença, medidas que reuniram em um só movimento o assistir e excluir.

E o que ocorreu na Idade Média foi, precisamente, que os sentimentos de aversão e repulsa, já existentes desde a Antiguidade, foram acirrados, seja porque a prevalência da doença na população aumentou e, com isso, cresceu o número das pessoas objeto de segregação, seja porque as superstições e o misticismo tornaram as pessoas mais vulneráveis ao medo, medo que se constitui em um dos ingredientes do estigma.

Goffman, (1963, pp.1-12), define estigma como um atributo que deprecia profundamente o indivíduo, e indivíduo estigmatizado como aquele que, por ser portador daquele atributo, não é aceito e não é considerado por seus pares, alguém que é desqualificado frente a aceitação social; objeto de descrédito individual. Goffman enumera algumas condições que estão relacionadas ao estigma:

- Deformidades, particularmente na face, cicatrizes nos pulsos por tentativa de suicídio, marcas de injeções nos braços de dependentes de drogas;
- ex-prisioneiros, dependentes de drogas, alcoolismo, homossexualidade, desemprego, tentativa de suicídio, comportamento político radical;
- raça ou tribo, nação, classe social, religião.

O que se observa, é que o primeiro grupo de condições geradoras de um estigma é constituído por um atributo físico, visível, cuja percepção identifica o indivíduo como portador de uma condição social passível de depreciação; o

segundo grupo refere-se a uma condição, não necessariamente física, uma conduta individual ou coletiva, que depende, de algum modo, da adesão individual (mesmo quando essa adesão se dá em função de uma patologia), conduta anti-social ou não aprovada socialmente, que pode não ser visível imediatamente, isto é, pode escapar à percepção imediata; o último grupo refere-se a uma condição que identifica um universo de indivíduos, condição que é ela própria o atributo estigmatizante.

É fácil inferir que a lepra contem, em princípio, a condição física capaz de gerar uma rejeição imediata: a doença deforma, mutila, o que, é provável, ocorria mais freqüentemente na Antiguidade, como na Idade Média, de modo muito mais ostensivo que hoje, quando as terapêuticas empregadas eram menos eficazes.

E o impacto inicial, causado pela visão do leproso deformado, acompanhava-se do reconhecimento das manifestações visíveis, como um signo de uma doença incurável, progressiva e repulsiva, capaz de ser transmitida de uma pessoa a outra, o que incluía os leprosos em um grupo estigmatizado.

Segundo Gandra Júnior, (Gandra Jr., In: Andrade, 1993), "o estigma é a propriedade que possui certas categorias culturais ou sociais, de funcionarem como sinal desencadeador de uma emoção que se manifesta numa conduta de afastamento imediato. As categorias sociais ou culturais, adquirem tal propriedade quando representam uma negação de um ou mais valores básicos ou preponderantes". Valores como são, belo, certo, bom, etc..

O estigma, como uma instituição, um conteúdo de saberes e normas de conduta, uma vez fixado em uma cultura, permanece incorporado aos sentimentos e modos de pensar de um grupo, mesmo quando a condição que o gerou deixou de existir.

Assim, mesmo hoje, enquanto as novas terapêuticas eliminam ou reduzem a níveis superficiais os signos da lepra, o estigma ainda permanece, porque já foi fixado nos padrões culturais e incorporado às práticas das pessoas. E mesmo quando os "outros" não percebem os sinais da lepra, o leproso, sabedor de sua

condição de portador de um atributo estigmatizante, assume essa condição, como que adere, essa adesão o torna membro do grupo dos rejeitados.

"Com o quase desaparecimento da lepra como doença, vem para a frente da cena aquela emoção complexa onde se misturam medo, repugnância, a felicidade de não ser o escolhido e o ódio daquela figura emblemática de fragilidade humana". (Andrade, 1993, p.2)

O isolamento obedece a um simbolismo religioso e era, na Idade Média, anunciado no serviço dominical das igrejas paroquiais. A "Missa dos leprosos", consistia numa espécie de serviço fúnebre, bastante conhecido na época, durante o qual os doentes - sentenciados - apresentavam-se no altar, cobertos por um capuz preto. (Antunes, 1991, pp.80-81). Na literatura inglesa há referências a castelos medievais nos quais havia pátios com seteiras especiais onde os leprosos podiam assistir a missas.⁽²⁾

Condição antes que doença, - a pessoa é (ou era) leprosa, não está leprosa - o diagnóstico de lepra constituía uma condenação para a vida toda, a segregação era imediata e irreversível. Associada à impureza e ao pecado, a concepção da lepra se insere na vida religiosa. O leproso é um "impuro", objeto da ira de Deus por ser pecador.

Os primeiros leprosários apareceram, no Ocidente, ainda no século XI. Disseminada pelas Cruzadas, a lepra tornara-se um problema para as cidades medievais. E a solução encontrada teria sido a segregação de seus portadores em leprosários, os quais, em poucos anos, multiplicaram-se por toda a Europa. Instalados em edifícios de pequenas dimensões, que abrigavam de 10 a 20 pessoas, constituíram, em alguns casos, comunidades independentes, onde viviam isolados e relativamente livres, com suas famílias, cultivando a terra. (Antunes, 1991, p.78)

⁽²⁾ Antunes, apoiando-se em Browne, (1977, refere-se à substituição da Missa dos Leprosos, na Inglaterra, por uma outra formalidade em que a vítima era amarrada a uma trave e queimada, e diz, ainda, que o rei Eduardo I, (1239/1307), após atritos com o clero, prometeu permitir aos leprosos o sepultamento em terrenos consagrados, mandando enterrá-los vivos nos pátios das igrejas. (In: Antunes, 1991, p.81)

Na maioria dos casos, no entanto, a segregação obedecia as normas carcerárias, que não permitiam a fuga; e as condições de vida eram péssimas, senão insuportáveis.⁽³⁾

Na Grã-Bretanha e Escócia, para um milhão e meio de habitantes era, durante o século XII, o número de leprosários de 220; na França chegou, no século seguinte, a mais de 2.000. Durante todo o período medieval, em todo o continente europeu, o número de leprosários chegou a 19.000. (Foucault, 1987, pp.4 e 5). A assistência prestada nessas instituições resumia-se em cuidados de enfermagem não havendo referências a tratamento médico. Faxon (1943, In: Antunes, p.79), vê no perfil hospitalar do leprosário um significado religioso, de devoção cristã, mas esse sentido piedoso alia-se a necessidade de recolher os doentes com uma finalidade que não é só piedosa.

O recrudescimento da lepra resgata os conteúdos segregadores do texto bíblico, mas leva em conta, ao mesmo tempo, a realidade das condições em que as pessoas vivem; assim o modelo asilar do período medieval, embora pleno daqueles conteúdos, constitui uma invenção de uma nova forma de lidar com a doença.

O ideário da Idade Média explicava a lepra como castigo, resultado de uma conduta pecaminosa, que teria desagradado a Deus. A influência das autoridades eclesiásticas transformaram essas representações em medidas legais, com as quais as pessoas conviviam, aceitando-as, a elas aderindo e reivindicando. A expulsão e o isolamento eram justificados porque provenientes de uma ordenação divina; as pessoas que ajudassem os leprosos estariam opondo-se a Deus. Assim, a expulsão dos leprosos das cidades e o seu isolamento tinham, não só um sentido de procedimento sanitário, mas, também, um significado de punição, porque a cultura da Idade Média representava a doença como um castigo de Deus pelas faltas

⁽³⁾ É oportuno lembrar que essas normas carcerárias ainda eram observadas no Brasil até há bem pouco tempo: no início a década de 80 as colônias - a Colônia Tavares de Macedo, Itaboraí, Rio de Janeiro, é um exemplo- tinham cadeia e seu diretor poder de polícia internamente, poder que era utilizado para punir, não só desordens e caso policiais típicos, como, também, as fugas.)

cometidas que o sofrimento resgataria. Segundo Antunes, (1991, p.78), a "exclusão social dos doentes de lepra e seu recolhimento asilar, consubstanciaram um modelo de divisão binária entre valores - puro e impuro, normal e anormal, perigoso e inofensivo" - aplicando-o ao binômio saúde-doença, em especial e, com maior vigor, às moléstias transmissíveis. Desse modo, a configuração desse paradigma e o estudo de suas conseqüências conferem aos leprosários medievais um significado particularmente relevante para a história das instituições de atenção à saúde.

O modelo de segregação dos doentes, estabelecido, então, com os leprosos, foi adotado e aplicado no controle de outras doenças contagiosas. Ao final da Idade Média, quando a prevalência da lepra diminuiu e foi substituída por outras epidemias - peste, varíola, cólera - o modelo de controle das doenças contagiosas já havia se instituído.

"Diferenciados pelos sinais visíveis de sua doença, os leprosos submeteram-se aos postulados de que precisavam ser abandonados ao seu infortúnio e que a virtude do fiel que os quisesse ajudar consistia em lhes fechar as portas". (Antunes, 1991, p.80)

Vale transcrever o texto impresso por volta de 1478, do ritual da diocese de Viena, que saudava o leproso com as seguintes palavras:

"Meu companheiro, apraz ao Senhor que estejas infectado por essa doença e te faz o Senhor uma grande graça quando te quer punir pelos males que fizeste neste mundo. Por isso, tem paciência com tua doença, pois o Senhor não te despreza por essa doença e não se separa de tua companhia; mas se tiveres paciência serás salvo, como o foi o lazarento que morreu diante da casa do novorrico e foi levado diretamente ao Paraíso". (Foucault, 1987, p.6)

Mas a descrição da doença, contida no Levítico, pode não ser reconhecida na Lepra da Idade Média, como não o seria na maioria dos casos de lepra de hoje. Antunes, (1991, p.84), interpreta essa imprecisão revelada nas descrições da

doença segundo duas possibilidades: equívocos ou incorreções nas traduções, por não se encontrar equivalentes terminológicos, e "interesses conjunturais para reforçar pontos de vista". Mas, segundo o autor, quer se trate de um legado da antiga organização social dos hebreus, quer se trate de uma projeção intencional sobre o Antigo Testamento, o texto sagrado catalisou um acentuado estigma social para o leproso e promoveu, durante a Idade Média, a associação entre a doença e impureza, instigando um "doloroso viés metafórico para a doença".

Explicar a lepra como pecado e punição divina não foi uma tarefa fácil para as autoridades religiosas. Pessoas de comportamento reconhecidamente correto eram acometidas de lepra, que atingia as pessoas independentemente de seus pecados aparentes ou de suas virtudes. Reis e religiosos ficavam leprosos. Balduino IV, Rei de Jerusalém, (1160-1185) ficou conhecido como "o rei leproso". A doença, de acordo com Guilherme de Tiro, que foi seu preceptor, teria aparecido quando Balduino era criança, evoluindo de forma inevitável; seu cronista refere-se a perda de membros - pernas e mãos - carnes e cegueira. (Oldenbourg, 1968, p.435). Além disso, dos que foram para as cruzadas resgatar o túmulo de Cristo não poucos voltaram leprosos. Os historiadores concordam que as cruzadas foram, sem dúvida, um dos fatores que mais contribuíram para a disseminação da lepra, cuja prevalência era reconhecidamente alta na Judéia e em outras partes do Oriente. Embora a doença já existisse na Europa, conquanto não tivesse o caráter epidêmico que vai assumir após as cruzadas.⁽⁴⁾

E é por reconhecer "sua parcela de responsabilidade no acirramento da epidemia" que, segundo Antunes, (1991), a Igreja teria assumido a assistência aos leprosos, como objeto de sua caridade. Embora continuassem a ser vistos como pecadores, os leprosos passaram a ser tratados pela Igreja. Pecadores, porém dignos de serem assistidos pela piedade cristã.

⁽⁴⁾ (Oldenbourg, 1968; Lins, 1970; Rouche, 1990; Tuchmann, 1978)

Assim, a partir do século XII, a Igreja empenhou-se intensamente na multiplicação e melhoria das casas de recolhimento dos leprosos. E os leprosários adquirem, nesse período, a feição que vão manter até o século XX: a de estabelecimentos que aliam os códigos de hospitalidade da Idade Média à instituição do recolhimento compulsório daqueles que já se encontravam fora de sua comunidade, porque haviam sido expulsos dela.

Rouche, estabelece, uma relação entre a valorização do corpo humano,- "... lugar privilegiado de um combate entre o bem e o mal" -, que é torturado publicamente até a exaustão ou a morte, com participação dos presentes nas práticas sádicas então levadas a cabo, e com as práticas médicas exercidas por monges na Alta Idade Média. "Assim todos os corpos enfermos eram corroídos pelo sofrimento e dominava-os uma culpa, sendo o preço inevitável das idas e vindas entre a adoração e a execração das carnes". (1990, p.441)

A atuação da Igreja no cuidado dos leprosos é estimulada pela participação ativa de muitos de seus membros importantes, cujo exemplo é seguido: S. Francisco de Assis, Matilde, Rainha de Navarra, S. Luís da França (Luís IX), Santa Isabel, rainha de Portugal. (Antunes, 1991, p.86)

Além da hospitalidade e do recolhimento, os leprosários que homenageavam, principalmente, S. Lázaro, davam assistência religiosa e tinham uma capela em seu interior. E é S. Lázaro, patrono dos mendigos e leprosos, que vai dar seu nome às Casas de Lázaro, estabelecimentos que recolhiam e cuidavam dos leprosos.

Os portadores de lepra continuavam a ser expulsos das cidades e o seu recolhimento e segregação continuaram a ser praticados. As Casas de Lázaro tornaram-se, no entanto, locais religiosos e, embora tivessem adquirido perfil hospitalar, quando neles se introduziram as ordens religiosas, isso não se traduziu em prestação de serviços terapêuticos aos doentes. Trata-se de um lugar de

recolhimento, segregação e asilo, não um lugar médico, embora, diferentemente da loucura, a lepra tenha sido sempre considerada doença.

Construídos fora dos muros das cidades, os leprosários não poderiam ser distantes para facilitar o controle dos doentes. Embora benemerente, cristã e hospitaleira, a instituição era, também, carcerária. A proximidade das cidades garantia a facilidade do recolhimento de doações e esmolas.

A condição de excluído era igual para todos os recolhidos, mas eles se diferenciavam por sua origem de classe, procedência, e manifestação da doença. E, como a medicina da Idade Média não dispunha de critérios rigorosos para identificar a lepra, é possível que muitas doenças com sintomas similares ao da lepra, tenham sido identificadas como lepra e seus portadores segregados.⁽⁵⁾

Antunes, não concorda com a afirmação de Faxon, (In: Antunes, pp.90-91), que interpreta o movimento social e higiênico que resultou na construção de inúmeros leprosários no Oriente, como tendo sido "uma onda genuinamente profilática estimulada pela caridade humana". Para o autor a atenção que a Igreja dispendeu com os leprosoos era "ambivalente em vários sentidos e tentava coadunar compaixão e perseguição, piedade e condenação, simpatia e discriminação". Conquanto tenha havido, por parte de alguns membros da igreja, um verdadeiro empenho em prestar auxílio aos leprosoos, a aversão, o desprezo, a severidade de julgamento substituíra a caridade desinteressada. Na maioria das vezes, o que justificava a ajuda era a expectativa de indulgência para as próprias faltas. E, além

⁽⁵⁾ O estabelecimento das diferenças entre a lepra e as demais dermatoses somente tornou-se possível no século XIX, quando os sinais e sintomas da doença foram descritos de maneira sistemática. "Durante toda a Idade Média, acreditavam-se leprosoos e se submetiam indiferentemente a essa pecha os doentes cujos estados mórbidos seriam, posteriormente, identificados como hanseníase, psoríase, sarna, tinha, vitiligo, câncer de pele e complicações da sífilis ou da tuberculose". (Antunes, 1991, p.89). Embora não se disponham de dados sobre qual a proporção dos leprosoos isolados não portadores de lepra. (Essa observação não se restringe à Idade Média: Dr. Adão Pereira Nunes, contando sua experiência como médico, no interior do Estado do Rio de Janeiro, na década de 40, afirma ter tratado, com injeções 914, um paciente de sífilis, que estava sendo literalmente "caçado" pela polícia para ser internado em um leprosário. (Nunes, A.P, 1976))

disso, segundo o autor, não é possível comprovar empiricamente a conclusão de Faxon.

Arguindo quanto a "eficácia sanitária" da exclusão social e do asilamento dos doentes, argumento que seria assumida nos séculos XIX e XX, para justificar a segregação, Antunes, (1991, p.91) considera que a exclusão e o asilamento podem ter sido "particularmente eficazes em contemplar a intolerância que as cidades medievais dedicavam às manifestações mais aparentes da miséria da dor e da enfermidade". E o autor conclui: "Ao aceitarem congregar uma população tão distinta em suas origens, as Casas de Lázaro multiplicaram-se rapidamente por toda a Europa; os leprosários cumpriram uma função social singular: depurar as cidades de um grande contingente de aflitos, cujo trânsito incomodava".

Ao final do século XIV, a prevalência da lepra diminui na Europa Ocidental e os leprosários começaram a ser desativados. Esse declínio é atribuído, entre outras causas, às melhorias ocorridas nos níveis de vida das populações. Mas, o fim das cruzadas e da ocupação muçulmana, que interrompem as rotas orientais de comércio constituem, provavelmente, os fatos mais significativos a que devem ser creditada a queda da incidência da doença.

Ademais, a epidemia de peste que varreu a Europa no século XIV e a fome, no mesmo período, reduziram drasticamente a população. Encontrando condições propícias nos leprosários, a peste e a fome teriam deixado muitos deles praticamente vazios, sendo, também, um fator da redução da incidência da doença. (Tuchman, 1978, p.441)

E o declínio da lepra ocorre ao mesmo tempo em que a Igreja reduz suas atividades na assistência aos doentes, das quais começa a desobrigar-se no período final da Idade Média, transferindo-os para a iniciativa laica.

Com o declínio simultâneo da lepra e das atividades religiosas, os leprosários acabaram por se esvaziar e foram abandonados ou utilizados como

hospitais ou lugares de quarentena; outros foram ocupados por outra categoria de excluídos: os loucos, mas essa é uma outra história.

Os antigos leprosários medievais ficaram vazios de leprosos, mas a exclusão e o asilamento continuaram a ser praticados, seja com a finalidade de prevenção de epidemias, - os portadores de doenças contagiosas, eram recolhido e isolados nos leprosários e lazaretos -, seja com a finalidade de afastar do meio social aqueles que não conseguiram ser nele inseridos.

E Antunes acrescenta que as práticas de exclusão social dos doentes e sua segregação ultrapassaram o surto de lepra da Idade Média e sobreviveram como mecanismos de controle social da vida urbana. Legados da lepra, ou da reação à ela, esses procedimentos determinaram diversos parâmetros e condições à organização sanitária adveniente. Teriam, em particular, configurado um primeiro paradigma para a atenção à doença mental. Apoiando-se em Foucault, o autor vê o papel do leproso no século XIV, sendo repassado aos pobres, mendigos e alienados. A retirada da lepra teria deixado sem utilidade os "lugares obscuros e os ritos que, sem suprimi-la, mantinham-na a uma distância sacramentada". O que vai permanecer, mesmo depois que os leprosários estiverem vazios, "são os valores e as imagens que tinham aderido à personagem do leproso; é o sentido dessa exclusão, a importância no grupo social dessa figura insistente e temida que não se põe de lado sem traçar à sua volta um círculo sagrado". (Foucault, 1987, pp.4 e 5)

2.1. A lepra no Brasil. Das primeiras colônias à internação compulsória e ao reconhecimento da ineficácia do modelo asilar.

No início deste século, em regiões do interior do Brasil, nos Estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo, os leprosos andavam em grupos, portando matracas e uma vara comprida, na extremidade da qual havia uma lata, para que as esmolas pudessem ser dadas sem haver contato entre o leproso e o

doador. Essa era a realidade, embora nessa época, já existissem hospitais para leprosos nas principais capitais do país.

A lepra chegou ao Brasil com os colonizadores. Não há notícia que ela tenha existido entre os indígenas.

Embora a importância representada pelo tráfico de escravos na introdução da doença no país seja considerada pouco significativa, Souza Araujo reconhece a evidência da existência da doença na África, muito antes do tráfico de escravos, e admite que entre os escravos possam ter vindo muitos leprosos. (Souza Araujo, 1946, Volume I, p.6)

Em Portugal, a endemia esteve presente desde o século IX, onde "grassou com grande intensidade" e não poupou nem reis - D. Affonso II, que morreu em 1223 e D. Thereza de Aragão eram leprosos -. A epidemia extinguiu-se em Portugal (ou reduziu-se) no século XVI, como de resto na maior parte da Europa, permanecendo, entre outras localidades, nas Colônias da Ilha da Madeira e Açores, de onde os colonos a trouxeram para o Brasil. (Souza Araujo, 1946, Volume I, pp.6-11)

Ao final do século XVI e início do século XVII era grande o número de leprosos no Rio de Janeiro, bem como, é de crer-se, nas demais cidades da colônia. Em 1697 ocorre, no Rio de Janeiro, "uma tentativa infrutífera de fundar um hospital para lázaros". Em 1739 o Ouvidor Geral João Soares Tavares, em Correição a El-Rei, estimava em mais de 400 o número de leprosos existentes na cidade e propunha a fundação de um leprocômio. Em 1740, o Senado e a Câmara reforçam o pedido a El-Rei e, neste mesmo ano, Gomes Freire de Andrade funda o que poderia ser considerado o primeiro "Hospital de Lázaros" na cidade do Rio de Janeiro, tendo despendido para isso recursos de sua fortuna pessoal. Mas não era um Hospital e sim um grupo de pequenas casas para os leprosos. (Souza Araujo, 1946, Volume I, pp.18-24)

O aumento do número de doentes alarmou a população que reclamava por medidas de defesa contra o problema.

É o povo, ou de acordo com Machado, (1978), parcela dele, que apela, através das Câmaras Municipais pela solução do problema. E "o problema da lepra vai percorrer um caminho entrecortado de silêncios, de decisões tomadas e esquecidas, novamente pedidas e recusadas. A Câmara, o Governador, O Ouvidor Geral do Crime, O Rei, são aqueles que podem decidir sobre o leproso". (Machado et alii, 1978, p.76)

Em 1741, por solicitação do Rei de Portugal, os médicos são chamados a dar seu parecer e elaborar um plano de combate a lepra. O documento preparado "sobre o que se deve praticar com os lázaros, a respeito da informação dos médicos da corte, depende, para que se torne efetivo, da decisão do Rei".⁽⁶⁾

Para Machado, é preciso responder a algumas perguntas para entender a questão da lepra: quem é o leproso; porque ele é uma ameaça; quem o combate; e, finalmente, como a lepra e o leproso são combatidos.

Para responder a primeira questão respalda-se em documentos que mostram que a lepra, o mal de São Lázaro, atingia, indiferentemente, qualquer um: ricos, pobres, escravos, homens librés, homem e mulher. Mas os ricos podiam procurar meios de buscar tratamentos, embora, então, não houvesse cura para a doença e podiam se esconder, não se mostrar, o que não ocorria com os pobres. O mal que pode atingir a todos, "não faz de todos o mesmo leproso: a possibilidade de se esconder do público e a procura de uma cura ou alívio são diferentes". (Machado et alii, 1978, pp.75-80)

O leproso é uma ameaça para os sãos, que podem vir a ficar leprosos, mas, também, digno de compaixão. O sentimento que despertam é ambivalente:

⁽⁶⁾ O mesmo ocorrera no caso da febre amarela. Conf. Machado et alii, 1978, p.83 e segs.

afastados do convívio porque são portadores de um perigo, e, ao mesmo tempo, credores de uma solidariedade cristã.

E essa ameaça é explicada pela teoria do contágio. O aumento do número de leprosos demonstra a contagiosidade da doença e, embora o conceito de contágio ainda não seja claro, seus portadores são percebidos como uma ameaça. Admitindo-se que a noção do contágio estivesse presente nas demandas pelo afastamento dos doentes, (embora os saberes sobre a doença - não somente sobre a lepra mas, também, sobre as demais doenças contagiosas -, ainda se baseassem nas teorias miasmáticas), a concepção de contagiosidade dá suporte ao afastamento dos leprosos para longe da cidade, do mesmo modo que daria sustentação às medidas adotadas com relação a outras enfermidades.

A Câmara Municipal do Rio de Janeiro "em memorial ao Rei de Portugal fala dos clamores e instâncias do povo pedindo providências". Embora o termo "povo" possivelmente possa ser usado apenas com referência a uma parte da população da cidade. A autoridade dos médicos está subordinada à administração da Colônia, e entre as atribuições de seu cargo está a de prender e punir. Os médicos descrevem uma situação de resistência por parte dos que deverão ser internados, resistência à exclusão. O médico da capitania deve ter autoridade de mandar prender qualquer pessoa portadora de lepra e colocá-la no lazareto. Se for pessoa "distinta", o médico manterá o seu mal em segredo. Escravos (doentes) que não se manifestem ou senhor que esconda um escravo doente são penalizados.⁽⁷⁾ (Machado et alii, 1978, pp.75-80)

Respondendo a última das questões que propõe, Machado refere-se ao afastamento dos leprosos da cidade e à criação de um lazareto, onde os mesmos possam viver.⁽⁸⁾

⁽⁷⁾ Os médicos descrevem uma situação de resistência por parte dos que deverão ser internados, resistência à exclusão. (Machado et alii, 1978, pp.75-80)

⁽⁸⁾ O termo lazareto é encontrado nos documentos significando Hospital de leprosos; o "lazareto", lugar para quarentena, vai surgir, no Brasil Colonial no século XIX). Segundo Antunes, (1991, p.87) não é

O combate é ao leproso, "enquanto portador de um mal, em última instância incurável e contagioso". "São as pessoas lazarentas que devem ser atingidas pelo plano de combate: elas devem ser retiradas do convívio com o resto da população". Mas a expulsão dos leprosos não é vista como a melhor solução. "O principal remédio para a cautela dos não ofendidos [...] é apartá-los do concurso das gentes; não devem ser lançados fora das cidades como se fazia antigamente, pelo perigo que no interior do sertão possam comunicar o mesmo contágio de que se procura fugir nas vilas e mais povoações". (Pestana, Torres e Fróez, 1741, In: Machado et alii, 1978, p.78)

A medida proposta nos documentos para combate aos leprosos é o lazareto: um hospital que receba os leprosos e onde eles possam ser abrigados e ali viver até morrer. Assim não ficariam expostos pela cidade. Fica claro que o combate é ao leproso, o "corpo do doente", que é a sede da doença, limitando-se à ação da retirada do leproso do convívio dos não leprosos, isto é, ao seu afastamento.

As medidas são, portanto, contra os leprosos, que embora possam ser objeto de solidariedade, são portadores de uma doença que pode se alastrar entre outras pessoas, e, portanto, devem ser afastados do convívio da população da cidade.

E eles devem ser isolados, segregados em local distante. A idéia é criar uma comunidade só deles. Não há, na demanda por um lazareto, referências a tratamento ou cura.

O combate à lepra como doença significa apenas a aplicação de alguns remédios aos "abusos dos cirurgiões". A terapêutica incluía "remédios frios e úmidos, depois de algumas sangrias [...], óleo de amêndoas, raízes de malha

apropriado o uso do nome lazareto para os leprosários, uma vez que ambos tinham e preservaram atribuições funcionais diferenciadas, embora os leprosários tenham servido de modelo para os lazaretos. Estes, no entanto, associam-se às instituições de quarentena com funções preventivas no controle do fluxo migratório, em período posterior.

chicória, almeirão, banhos de rio doce e, depois de umedecidos, tomar caldos de víboras, usar pós viperinos, sal de víboras". (Machado et alii, 1978, p.80). E esses cuidados são prestados por religiosos e escravas criminosas, os primeiros por opção e as escravas por que "sua vida não conta". Cabe ao médico, como no caso da loucura, reconhecer a doença. Mas, enquanto a doença mental só adquire o estatuto de doença a partir do século XVII, a lepra sempre foi considerada uma doença, contagiosa, repugnante e, ademais, incurável.

Em 1765, o Vice-Rei, o Conde da Cunha, em carta ao Ministro Presidente do Conselho Ultramarino, Francisco Xavier de Mendonça Furtado, "formula um pedido no sentido de que o governo ceda a casa dos jesuítas em S. Cristovão para ser transformada em lazareto, cuja necessidade justifica: "o grande perigo em que esta cidade se acha, causado pelo mal contagioso da morfêa, porque já não há rua nem praça onde se não encontrem os miseráveis leprosos, nem, também, ribeiro ou fonte em que eles não se banhem, e, por esta causa, todas as águas estão infeccionadas e toda esta grande terra no risco de a devorar este tremendo fogo que em todo o Brasil se tem ateado. [...] O hospital de lázaros, é uma obra tão pia e necessária a este povo, recomendável em nome do bem desses úteis vassalos". (Souza Araujo, 1946, pp.61-65). O combate à presença dos leprosos protege a população "vassala útil". No mesmo ano, por ordem do El-Rei D. José I, a casa dos jesuítas foi destinada ao Hospital dos Lázaros.

O leprosário que o poder colonial instala é uma entidade assistencial que se orienta por critérios médicos e religiosos. A decisão quanto a sua localização e organização diz respeito à proteção da parte sadia da cidade. Machado aponta alguns aspectos dos estatutos que regula o funcionamento do lazareto, que considera particularmente significativos. É o caso da obrigatoriedade do internamento, independentemente da condição do doente, admitindo-se, até mesmo o uso de violência para cumprí-la; da exigência de exames médicos, que devem preceder o internamento, para evitar que sejam internadas pessoas que não sejam

leprosas; e do cerceamento da liberdade do internado, que não poderá sair do recinto do hospital, do mesmo modo que nenhuma pessoa de fora poderá ali entrar. Os estatutos estabelecem, ainda uma hierarquia de pessoal, da qual fazem parte, além do médico, o capelão e o ministro presidente. (Machado et alii, 1978, p.136)

O lazareto foi criado para atender o leproso: afastado da cidade e organizado de modo a impedir que os doentes pudessem perambular pelas ruas e logradouros.

Mas, em 1790, o Ouvidor Geral do Crime, João Manoel Guerreiro de Amorim Pereira, informava ao Vice-Rei, que a lepra ainda era um perigo para os habitantes da cidade. Ainda havia leprosos nas ruas (mais de cinquenta) e, quanto ao lazareto, o capelão que havia morreu; o médico teve o pagamento suspenso por ter desamparado a assistência dos enfermos; o cirurgião efetivo foi expulso e o substituto não estava recebendo ordenado. (Souza Araujo, 1946, p.80)

Em 1793, o Vice-Rei, Conde de Rezende, em correspondência ao ministro do Conselho Ultramarino, referindo-se ao hospital dos lázaros, especificava os seus objetivos: "congregar e unir os contaminados do mal para serem alimentados e socorridos; remediar os que puderem ser curados; salvar, através da separação, os habitantes da cidade". (Souza Araujo, 1946, pp.94-95)

A preocupação das autoridades diz respeito à saúde da população: o lazareto deve abrigar os doentes excluídos da cidade para proteger a população, embora a referência à necessidade de médico indique que há uma intenção de tratar os doentes. Mas a preocupação não se estende à elevação do nível de saúde da população: a lepra deve ser combatida porque tem a capacidade de interferir na vida da cidade, isto é, na vida dos cidadãos úteis como mão de obra. (Machado, 1978, pp.78-79)⁽⁹⁾

⁽⁹⁾ Casas de Lázaros ou "lazaretos" foram também criadas, ao final do século XVIII, na Baía, em Pernambuco, no Maranhão, no Pará, em Minas Gerais, em S. Paulo. (Souza Araujo, 1946, Volume III, p.135)

Mas os Hospitais de Lázaros, antes que hospitais eram asilos, base do combate ao leproso no período colonial que, respaldados por medidas policiais, atendia, a título humanitário, as necessidades mais prementes dos leprosos.

A assistência aos doentes era de ordem privada, isto é, não governamental: o Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro era de responsabilidade da Irmandade da Candelária; e a sua manutenção dependia da caridade, doações ou esmolas recolhidas nas ruas da cidade. A ajuda estatal, vinha do "rendimento das tumbas, dos dízimos concedidos pelo rei e das loterias", criadas ao final do regime monárquico, cujos rendimentos eram destinados aos hospitais existentes e para dar assistência à miséria, às crianças abandonadas, aos indigentes, e aos morféticos (Machado et alii, 1978, pp.72-73)

Até as últimas décadas do século XIX, não há registro de mudança significativa nas formas de combate a lepra. O recolhimento em asilos ou Hospitais de lázaros continua a ser adotado, mas não consegue cumprir sua finalidade: manter os leprosos segregados e impedir a disseminação da doença.⁽¹⁰⁾

Na segunda metade do século XIX, quando já ocorrera na Europa as descobertas que desencadearam a era bacteriana, enfatizando o papel do homem doente na transmissão das doenças, a descoberta do bacilo da lepra, por G.H. Hansen, em 1871, reforça as medidas de controle e torna obsoletas outras doutrinas que tratam da doença.

As transformações econômicas e sociais que se verificam na sociedade ampliam, ao final do século, o objeto da medicina que passa a incluir, além do homem doente, as populações sadias. A medicina desloca seu objeto da ação direta e específica sobre a doença. Agora ela pretende "dificultar ou impedir o seu aparecimento", "lutando ao nível de suas causas, contra tudo que na sociedade

⁽¹⁰⁾ O volume III da A história da Lepra no Brasil, de Souza Araujo contém relatos de várias experiências feitas por médicos e curandeiros, particularmente no século XIX e início do século XX, em diferentes partes do Brasil, que buscavam uma terapêutica eficaz para a lepra. Essas experiências incluíam banhos, ervas, produtos químicos, etc.

pode interferir no bem estar físico e moral". É o controle, não só através da coerção das leis, mas com a "criação de uma nova tecnologia de poder, capaz de controlar os indivíduos e as populações, tornando-os produtivos, ao mesmo tempo que inofensivos"; "com o objetivo de realizar uma sociedade sadia [...] constitui-se a necessidade de atuar sobre os desviantes, sejam quais forem as especificidades que eles apresentem transformando-os em seres normalizados". (Machado et alii, 1978, pp.134-135)

Após a proclamação da República, a legislação sanitária do Brasil é reformulada, acompanhando os novos saberes médicos. Já em 1890, foi constituído o "Conselho de Saúde Pública" e reorganizado o "Serviço Sanitário Terrestre da República"⁽¹¹⁾. O regulamento sanitário estabelece a notificação compulsória dos casos de febre amarela, cólera morbus, peste, sarampão (sic), escarlatina, varíola e difteria". Não faz menção a lepra. O Decreto que organiza a Diretoria Sanitária da Capital Federal,⁽¹²⁾ cria o Instituto Sanitário Federal, que tem por fim "o estudo da natureza, etiologia, tratamento e profilaxia das moléstias transmissíveis". Embora não faça referência explícita à lepra, subentende-se que esteja incluída entre as "moléstias transmissíveis". Mas os Hospitais dos Lázaros continuaram, sob os auspícios das Irmandades religiosas. (Souza Araujo, 1946, Volume III, p.9)

Em 1903, quando Oswaldo Cruz assume a Diretoria Geral de Saúde Pública, a "lepra ulcerada" já se encontrava incluída entre as doenças de notificação compulsória, obrigando o isolamento dos doentes e a desinfecção dos domicílios.⁽¹³⁾ Em 1904, relatório encaminhado, por Oswaldo Cruz, ao Ministro da Justiça e Negócios Interiores, registra: "Lepra - uma moléstia que está alastrando-se pela cidade, fazendo um número crescente de vítimas [...]. O leproso pode, durante

⁽¹¹⁾ Decreto N^o 169 de 18 de Janeiro de 1890.

⁽¹²⁾ Decreto N^o 1.172, de 17 de dezembro de 1892, Organiza a Diretoria Sanitária da Capital Federal e é regulamentado pelo decreto 1558 de 7 de outubro de 1893.

⁽¹³⁾ Decreto N^o 4.463 de 12 de julho de 1902, e N^o960 de 2 de janeiro de 1903.

anos dedicar-se ao trabalho [...] sua seqüestração da sociedade deve ser feita não num hospital, mas em estabelecimentos adequados, colônias de leprosos". "Estas colônias, que constituirão verdadeiras aldeias, terão todos os elementos de conforto material, de acordo com os hábitos das diferentes classes sociais. [...] O governo poderia utilizar-se do lazareto da Ilha grande [...]". (Souza Araujo, 1946, Volume III, p.117) ⁽¹⁴⁾

A Reforma da Saúde Pública de Oswaldo Cruz, em 1904, inclui a lepra entre as doenças de notificação compulsória e específica: "Artigo 232. Enquanto não forem estabelecidas colônias para os leprosos, a autoridade sanitária procederá do seguinte modo: a) fará que o leproso seja isolado em domicílio, de acordo com as instruções em vigor; b) distribuirá os conselhos profiláticos organizados pela diretoria Geral de Saúde Pública [...]".⁽¹⁵⁾ As medidas anteriores relativas à lepra foram mantidas no novo regulamento da Diretoria Geral de Saúde Pública, de 1914. (Souza Araújo, 1946, Volume III, pp.117-118)

Em 1917, Emílio Ribas, respondendo a um questionário da Associação Protetora dos Morféticos, salienta "as idéias de contagiosidade, curabilidade, ligada ao diagnóstico precoce, métodos terapêuticos e necessidade de isolamento humanístico", em que resume os conceitos científicos sobre a doença, dominantes a época, quando o isolamento obrigatório reflete uma preocupação com os sãos. (In: Lessa, 1986, p.34)

A partir da segunda metade do século XIX, até as primeiras décadas deste século, em vários estados brasileiros, foram fundados asilos, não mais hospitais, para abrigar doentes de lepra. Esses asilos eram mantidos por sociedades privadas. Em fins de século XIX havia cinco asilos em S. Paulo. No início do século XX a

⁽¹⁴⁾ Anote-se que a idéia de utilizar uma ilha para segregar os leprosos foi bastante difundida e utilizada nas colônias dos arquipélagos do Pacífico.

⁽¹⁵⁾ É interessante observar que os artigos 220, 221, 222, 223, do mesmo decreto, estabelecem medidas ainda mais rígidas em relação à tuberculose.

criação de asilos aumenta, principalmente no âmbito privado, (beneficente), compensando, no terreno social, a imobilidade oficial. (Lessa, 1986, pp.18 -28). Anote-se que pelo menos até a década de 20 a internação não era compulsória: os leprosos se internavam nos asilos voluntariamente, isto é os leprosos pobres, quando se encontravam impossibilitados de prover o seu próprio sustento.

Nos primeiros anos do século XX as mudanças nas estruturas de poder e os movimentos de operários organizados, alteram as relações entre o Estado e a sociedade. As cidades crescem em número de habitantes e em problemas, inclusive de Saúde Pública. A questão sanitária brasileira assume novo perfil. A presença significativa das doenças de massa, entre as quais são identificadas a malária, verminose, tuberculose, doença de chagas, além de constituir em uma ameaça à vida, interfere no trabalho das pessoas. (Singer, 1978, pp.88-116)

O Estado torna-se sensível à necessidade de proteger a população das doenças, para garantir a manutenção das condições de trabalho. E as medidas governamentais vão ser orientadas para a intervenção naqueles problemas que ameaçam a capacidade produtiva. As medidas adotadas para conter a expansão da lepra, encarada como um problema que tem repercussões na vida econômica, tendem a impedir que a doença se alastre pelas populações sadias. Atendendo a objetivos imediatos, o isolamento compulsório dos leprosos pretendia solucionar os problemas mais agudos - aqueles que poderiam comprometer a produção econômica e, principalmente, garantir a oferta de mão de obra.

Em 1920, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública,⁽¹⁶⁾ que estabelece a "assistência aos morféticos", no Distrito Federal; subordina à superintendência direta do Diretor do Departamento, o Serviço de Profilaxia contra a Lepra e contra as Doenças Venéreas em todo o país; estabelece que os leprosos

⁽¹⁶⁾ Decreto Nº 3.487 cria o Departamento Nacional de Saúde Pública.

pobres internados nos leprosários da União seriam custeados pelos Estados de onde proviessem. (Souza Araujo, 1946, Volume II, pp.117-130)

De acordo com Singer, a organização dos serviços de saúde "a partir de 1920 apresenta duas características básicas, que os diferenciam das fases anteriores, a primeira delas é a sua expansão crescente, abrangendo parcelas cada vez maiores da população e do espaço nacional. A segunda é o grau de autoritarismo de que tais ações se revestem, assumindo o direito de interferir direta e amplamente na vida das pessoas". Para Singer, o autoritarismo da legislação é exemplificado nas disposições sobre o controle da lepra, contidas no regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública,⁽¹⁷⁾ que "facultava a requisição de força policial para obrigar os suspeitos ao exame obrigatório ou os doentes ao isolamento compulsório. Além disso, era vedada à criança, filha de pais leprosos, a amamentação ao seio por ama de leite e, no caso de mãe leprosa, a amamentação no seu próprio seio. Os doentes não podiam ser transferidos ou se transferir de um município ou de um estado para outro, sem anuência prévia da autoridade sanitária do local para onde se destinassem: se essa concordância não existisse, os doentes deveriam ser recambiados para o local de sua residência anterior". (Singer, 1978, p.126)

Formulam-se políticas públicas orientadas para a preservação da força de trabalho, repercutindo nas medidas legislativas de promoção e de recuperação de saúde. No caso da lepra, essas medidas baseiam-se em uma legislação autoritária e repressora, fato que já vinha acontecendo com a campanha contra febre amarela e a vacinação contra a varíola. Costa, acredita que "ao contrário do que sugere a maioria dos estudos, esses serviços de saúde não foram criados para manter a saúde do comum dos habitantes, mas para intervir, objetivamente, sobre a proteção de grupos sociais cuja capacidade de trabalho era fundamental preservar". (Costa,

⁽¹⁷⁾ Decreto Nº 15.003 de 15.09.1921. Brasil, Ministério da Justiça e Negócios Interiores, Regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública.

1985, p.36). O leproso, embora não fizesse parte dessa mão de obra, constituía um risco, porque poderia contaminá-la.

Vale lembrar que medidas tomadas pelo poder público são, na maioria das vezes, resultado da pressão das Câmaras, do Senado e da Imprensa, não se reconhecendo nas mesmas a presença da população.

Nos anos 20, as medidas referentes à profilaxia da lepra são mantidas e a necessidade de notificação e de isolamento são enfatizadas.

O auge da economia cafeeira vai caracterizar-se, não só pelo crescimento econômico e pelas mudanças políticas que engendra, mas, também, por um acirramento de problemas sociais, entre os quais a questão da saúde pública adquire importância significativa. Entre as doenças endêmicas que atingem a população, inclui-se a lepra. A profilaxia da lepra é justificada por uma concepção de sua transmissibilidade que só muito mais tarde foi superada: os doentes são considerados uma cultura ambulante de bacilos de Hansen; o leproso é considerado um foco de contágio de alta periculosidade que deve ser afastado a todo o custo da sociedade. Até suas lágrimas são consideradas infectantes. Admite-se a transmissão por portadores sãos. Lessa, cita um texto de Souza Araujo, (1921), que contém uma enfática defesa do rigoroso isolamento dos leprosos, sob argumentos que incluem as questões econômicas, a segurança da coletividade, "cujos interesses estão muito acima dos interesses individuais ou familiares", e a concepção de que o isolamento bastaria para impedir a disseminação da lepra, até extingui-la por completo. Mas, faz uma distinção entre os doentes: os ricos poderiam viver em liberdade, isolados em domicílio, de acordo com suas posses. (Lessa, 1986, p.35)

O Estado deverá fiscalizar os leprosos indigentes que vagueiam pelo espaço sadio da cidade e os que se dirigem para os asilos espontaneamente, com liberdade para entrar e sair, porque ainda então, apesar do conteúdo radical do discurso, a obrigatoriedade da internação e permanência no leprosário não eram

cumpridas. Além disso, o cumprimento dos dispositivos contidos no decreto 15.003 de 15/09/1921, citado por Singer, foram delegados à competência dos Estados e nem sempre resultaram em ações práticas imediatas.

Ao final dos anos 20 a estratégia proposta para a profilaxia da lepra é alterada, passando a ser baseada na congregação do dispensário, preventório e leprosário, este assumindo o modelo de colônias.

Após a revolução de 30, o Estado brasileiro alcançou um grau maior de autonomia em relação aos grupos de interesses, com reforço da centralização de autoridade. E é essa autonomia do poder central que, aliando-se à necessidade de estabelecer medidas de controle social, forneceu as condições para que o Estado desse respostas às questões sociais emergenciais, com um conjunto de medidas integradas. (Costa, 1985, pp.36-40)

Os problemas de Saúde Pública que interferem no processo produtivo são colocados em evidência. E o Estado, mais forte, amplia os benefícios sociais, introduzindo uma legislação social e trabalhista avançada. Na área da Saúde Pública, além de propor medidas mais enérgicas, usa de um poder coercitivo para implantá-las e executá-las.

O processo de centralização do poder vai se refletir na criação do Ministério de Educação e Saúde, que detém o poder de intervir nas Secretarias Estaduais de Educação e de Saúde.

As transformações estruturais que ocorrem no Brasil na década de 30, contribuem para o incremento do movimento migratório das populações rurais para as cidades. Os leprosos ficam mais "visíveis" e o problema representado pela lepra é reconhecido. O novo Governo, dispondo de um maior poder de intervenção, vai adotar o isolamento compulsório como medida de controle e profilaxia da lepra, medida considerada fundamental, sob responsabilidade direta do Estado, medida que vinha sendo recomendada, pelos especialistas, e reivindicada pela opinião pública.

Em S. Paulo, "neste período, os leprosos do interior do Estado demandavam em massa a Capital, constituindo um dos mais graves problemas médico-sociais a ser solucionado pela nova ordem administrativa. A cooperação das municipalidades, na construção de leprosários regionais, que estava em declínio, teve, em 1931 e 1932, grande incremento por intermédio do Departamento das Municipalidades, obrigando os Prefeitos a cumprirem compromissos assumidos. A cooperação privada tomou parte intensiva nessas construções e, em seguida, foi propulsora ativa das associações de doentes internados e das Caixas Beneficentes - pessoas jurídicas de direito privado - receptores dos donativos destinados aos doentes de lepra". (Secretaria de Saúde do Estado de S. Paulo, 1947, In: Lessa, 1986, pp.42-43)

O isolamento compulsório começa a ser contestado quando a ineficácia do modelo é reconhecida. A tripeça leprosário, preventório e dispensário, revelou-se insuficiente para impedir o progresso da epidemia.

As críticas ao modelo baseado no isolamento compulsório tornam-se mais veementes, como no texto de Lemos, "Do isolamento dos hansenianos", referido por Lessa.⁽¹⁸⁾ Diz o texto: "a ciência médica não deu ainda a última palavra a esse respeito. A única razão existente para justificar o desprezo a que foram condenados os hansenianos reside no fato de serem portadores de uma peste em evidência. Com o isolamento pode-se ter ilusão de que não existem leprosos na cidade e portanto ela está protegida. [...] Estes ao ingressarem na "leprolândia" tinham todos os seus direitos de cidadania, inclusive de voto, são cassados, passando a ser tutelados do Estado". (Lemos, 1939, In: Lessa, 1988, p.49)

É quando o discurso da profilaxia da lepra se altera. Os textos técnicos expressam posições radicais contra os leprosários, que, conquanto tenham sido fundados no Brasil quando "deveriam ser", constituem meios superados pelo

⁽¹⁸⁾ O título do texto já utiliza uma terminologia que só vai ser oficialmente adotada na década de 1970.

progresso da leprologia. Recomenda-se, agora, procurar descobrir casos novos e curá-los através do uso intensivo das sulfonas. (Diniz, O., 1960, In: Lessa, 1988, pp.49-50)

A instituição da Campanha Nacional Contra a Lepra, em 1956, contempla as principais idéias que subsidiam a política sanitária relativa à doença: o emprego das sulfonas e a possibilidade de cura, de alta e a possível reintegração dos hansenianos na sociedade; o amparo individual, a proteção coletiva e a idéia de uma saúde pública para todos. (Lessa, 1986, pp.49-50)

Depois de séculos de segregação, os leprosos começam a ser vistos pelas autoridades médicas como pessoas, cidadãos a quem os direitos básicos, que o poder público havia usurpado, devem ser restituídos. O conteúdo técnico contido nesse discurso vai chegar ao discurso oficial. Assim a evolução do conhecimento da doença e a descoberta de terapêuticas mais eficazes, traduzem-se em novos modelos assistenciais.

O reconhecimento da gravidade do problema e da incapacidade do modelo tradicional de prevenção e tratamento da lepra - baseado na tríade preventório, dispensário e asilo -, de dar conta do problema, é acompanhado de um discurso mais otimista, que afirma que os meios profiláticos e terapêuticos de que se dispõem permitem lutar, de modo decisivo, contra a lepra. (Diniz, 1957, p.3-11)

O novo discurso prioriza o tratamento ambulatorial. Constrói-se um novo saber e um novo modo de olhar a lepra e o doente de lepra: não mais a condição "ser leproso", mas o "estar leproso". Doença crônica e de duração reconhecidamente prolongada mas, apesar disso, uma condição reversível. A curabilidade da doença, que se deve, particularmente, à introdução das sulfonas - cuja eficácia foi reconhecida a partir da década de 40 -, deu aos leprosos a esperança de alta. E, com a possibilidade da alta dos asilados, vislumbrou-se o horizonte da desativação das colônias. O isolamento tornou-se prescindível e a internação passou a ser seletiva, de acordo com critérios médicos e sociais.

Em 1950 a Lei Federal⁽¹⁹⁾, dispõe sobre a "concessão de alta aos doentes de lepra" e admite a suspensão, temporária ou definitiva, das exigências prescritas pelas leis e regulamentos da profilaxia da lepra, em vigor. A lei 1.045 foi seguida por outros documentos legais e normativos que dispunham sobre a profilaxia e tratamento da lepra, nos quais a segregação é progressivamente substituída por ações que perseguem a reintegração do leproso.⁽²⁰⁾ Tais mudanças são referendadas no Seminário Pan Americano de Profilaxia da Lepra, 1958, que recomenda, também, a integração das ações de combate à lepra nos serviços gerais de saúde.

O isolamento indiscriminado é novamente denunciado em 1963, no VIII Congresso Internacional de Lepra, realizado em Madri, entre cujas recomendações figuram o tratamento ambulatorial, internação seletiva, controle de comunicantes, assistência social aos doentes e comunicantes e educação sanitária. Um novo modelo de assistência vai sendo implantado, adotando as determinações contidas nos documentos citados, e agora, baseado em ações dispensariais, educação em saúde e desestigmatização. Em 1967 são suspensas as facilidades de internação de leprosos: o modelo de exclusão se esvazia. A transferência de pacientes para os dispensários é estimulada e os critérios de alta e internação são alterados. E a partir de 1969 a internação é limitada a portadores de intercorrência clínico-cirúrgica e de reações próprias da hanseníase.

As colônias, no entanto, ainda persistem.

As pessoas comuns, assim como os agentes institucionais dos níveis operacionais da organização dos serviços de saúde, vão necessitar um longo processo de reformulação de seus conceitos e práticas, o qual, a bem da verdade, ainda não se concluiu.

⁽¹⁹⁾ Lei Federal Nº 1.045.

⁽²⁰⁾ As Portarias Federais de Nº 160, de 1956, e Nº 139 de 1958, são adotadas pelos governos estaduais. (Brasil, 1972).

As mudanças nas disposições referentes ao controle da lepra vão se dando pela incorporação, a nível do discurso oficial, de novos conhecimentos sobre a epidemiologia da doença e invenção de novas terapêuticas. É um processo de composição, em que novos saberes vão consubstanciando novas práticas, as quais vão sendo incorporadas pelos agentes institucionais e pelos pacientes e familiares. Nem sempre são novos doentes. Dada a longa duração da doença, em muitas situações o mesmo doente vivencia as diferentes fases de evolução dos saberes e práticas, que a medicina e a organização dos serviços de saúde propõem para o tratamento e controle da doença.

As mudanças ocorrem na terapêutica, que as sulfonas descobertas no início dos anos 40 nos Estados Unidos, revolucionaram, e, dos asilos passa para os dispensários e para as unidades de saúde, com todos os percalços administrativos inerentes aos serviços públicos de saúde.

A ênfase, agora, desloca-se do isolamento, não mais considerado indispensável, para o controle e para a prevenção de incapacidades.

Mas, nos antigos asilos, agora já de portas abertas, ainda permanecem antigos doentes e seus familiares.

A partir da década de setenta, o tratamento da hanseníase é eminentemente ambulatorial; a internação é reduzida, o isolamento não é mais compulsório e a estratégia de combate à lepra fixa-se no diagnóstico precoce e no tratamento imediato.

Em nível internacional, o agente da doença, o *Mycobacterium leprae*, passou a ser denominado *Mycobacterium hansenii*. O nome lepra foi substituído por hanseníase ou mal de hansen e passou-se a utilizar a nova raiz na nomenclatura derivada referente à doença, numa tentativa de neutralizar o impacto estigmatizante do nome lepra.⁽²¹⁾

⁽²¹⁾ Instruções para Execução das Normas de controle da Hanseníase, baixadas pela Portaria Ministerial Nº 165, de 14 de maio de 1976. (Brasil, Ministério da Saúde, 1984).

No início dos anos setenta, o Ministério da Saúde estabelece Convênios com os Governos Estaduais e implementa novas práticas que estimulam a procura de novos casos, através do atendimento da demanda, a intensificação da notificação, a investigação epidemiológica e a revisão periódica dos comunicantes, atividades a serem desenvolvidas pelas Unidades de Saúde. E, em 1976, a Conferência Nacional para a Avaliação da Política de Controle da Hanseníase estabelece novas diretrizes normativas, de acordo com as quais devem ser desenvolvidas, concomitantemente e no mesmo nível de prioridade, as atividades de: a) descoberta de casos; b) tratamento ambulatorial; c) prevenção de incapacidades; d) educação em saúde; e) capacitação de pessoal; f) continuidade das ações; g) abolição da prática do afastamento dos recém-nascidos de seus pais enfermos; h) ênfase nas ações dos Centros de Saúde; i) integração dos setores da Previdência Social em todas as atividades de profilaxia da hanseníase. (Ministério da Saúde, 1984)

3. A exclusão dos loucos: de como a loucura foi asilada e se tornou doença

O modo pelo qual a loucura é percebida, experimentada e reconhecida, em cada situação histórica, constitui elemento significativo no processo de compreender a construção das práticas e dos discursos que a colocam, ora na instância jurídica, ora na filosófica, e, por fim, na instância médica.

A se acreditar em Suetônio ou Plutarco a maioria dos Césares foram loucos, no sentido atual do termo, mas não foram assim vistos pelos romanos, que, muito pelo contrário, os consideravam Deuses.

Somente quando a psiquiatria se constituiu como um saber médico sobre a loucura e uma prática com a finalidade de tratá-la antes que curá-la a loucura passou a ser considerada doença.

Até então a humanidade convivia com a loucura, explicando-a, aceitando-a ou punindo-a sem, no entanto, inserí-la, especificamente, em alguma de suas práticas de cuidado e intervenção.

A constituição da psiquiatria transforma a loucura em fenômeno patológico, embora diferente: objeto ambíguo de cuidados, com raízes na instância jurídica, que exige um tipo diferente de medicina para tratá-lo.

A medicina, como instituição, conjunto de saberes e práticas que se propõe curar (ou tratar) as doenças, é anterior a essa constituição. Trata-se, no caso, de uma definição de competência: estabelecer a quem caberia cuidar dos loucos. Se à medicina, instituição humanística, terapêutica, porque suas condutas desviantes são produtos de um fenômeno patológico, ou à instituição jurídica, relacionada à ordem, porque suas condutas constituem desafios aos preceitos estabelecidos, sintomas de rebeldia. Ganhou a medicina, ganharam os loucos, pelo menos na medida em que não mais seriam punidos como criminosos por serem loucos, embora muitas das formas de tratamento médico fossem, explicitamente, repressivas e punitivas.

O século XIX marca o momento em que a loucura recebe definição médica como alienação mental, integrando-se no campo da medicina - uma medicina especial - a psiquiatria. Uma medicina que estabelece um espaço social, porque o hospício, instituição-estabelecimento constitui um local seguro.

A loucura adquire definição de doença, porém uma doença diferente, cuja concepção compreende "as idéias do intelecto e da moral, com o primado da última". (Machado et alii, 1978, p.384). Entre a inteligência e a paixão, o percurso da saúde e da doença.

O conceito geral de desarranjo, desordem ou perturbação supõe um estado anterior de equilíbrio, não definido e a linha de um horizonte de normalidade. A conduta normal apresenta-se, assim, como um bom ajuste entre a razão e a vontade: a loucura é a cisão e o conflito entre aquelas duas ordens de faculdades - a paixão e

a inteligência. Quando a medicina se estende até a loucura é a totalidade da vida que fica sob sua guarda.

Na concepção orgânica da doença mental, no século XIX, a psiquiatria afirma que o cérebro do louco deve estar alterado. "O delírio que manifesta a corrupção dos vapores emanados de diferentes partes do corpo, corrupção que acaba por nos induzir a erros de interpretação cuja causa - a teoria o prescreve - só pode ser física[...]". (Machado et alii, 1978, p.406)

Combinam-se a teoria dos humores, como princípio explicativo que sustenta a classificação das espécies de loucura, baseada em suas formas ou sintomas, e o gênero - delírio.

Abandonada a teoria dos humores, a questão da sede da loucura torna-se intrigante, desconhece-se a natureza das alterações cerebrais, a decifração científica da anatomia. Questões que os futuros progressos da anatomia e da anatomia patológica irão desenvolver.

Nos meados do século XIX, a reflexão sobre a doença mental torna-se foco do discurso sobre o homem, que pretende constituir uma síntese de aspectos orgânicos, intelectuais, morais e sociais que a loucura parece prometer-lhes.

E a medicina da mente, ela mesmo produto do desenvolvimento civilizatório, instaura a normalidade da conduta como critério de comparação entre normal e anormal, análise de caráter, hábitos, etc.

Identifica-se um segundo problema que a doença mental coloca: detectado o problema, é preciso remetê-lo às causas. Diante de uma conduta que transgride a norma e a expectativa social, conduta em que a paixão subverte a ordem socialmente determinada, a medicina da mente é obrigada a se interrogar sobre as suas causas. "Da desordem, questiona-se a ordem; do anormal, o normal". [...] O reconhecimento do significado da transgressão e da norma com a qual ela rompe, passa a ser tarefa do médico. "Reflexão que transcende da moral do indivíduo para

a moralidade social: a conduta regular é inscrita à saúde e a doença passa ser considerada irregular". (Machado et alii, 1978, pp.408-412)

E é a ciência o atributo desse novo estágio: agora o louco encontrou o espaço de sua verdade; verdade científica. Libertar o louco significa reconhecê-lo pelo que realmente é: um doente. "O reconhecimento das doenças mentais envolve duplamente a civilização: por um lado, esta concede a regularidade que permite medir o louco; por outro lado, possui o saber que permite devolver o louco a sua verdade". (Machado et alii, 1978, p.413)

Mas a sociedade que produz o homem desenvolve as condições que produzem o louco. Existe uma relação entre os costumes de uma sociedade e a loucura que ela apresenta. Concepção de uma relação causal entre civilização e loucura, desenvolvida no século XIX, por Esquirol e que os médicos brasileiros irão acompanhar. De acordo com essa concepção, como interpreta Machado, os costumes públicos ou privados, que exaltam a imaginação e as paixões, e uma educação que não as disciplina pelo bom senso e pela moderação, são causas que determinam o maior número de alienados nas sociedades civilizadas. Em outras palavras, a corrupção dos costumes, perpetuada pelos vícios da educação, o desprezo pelas crenças religiosas e pela moral pública, influenciando todas as classes sociais, e, mais ainda nas classes inferiores, seria responsável pelos males da sociedade. Males entre os quais são identificados a loucura e os crimes. (Machado et alii, 1978, p.416). Mas a concepção de civilização que se explicita através dessas relações causais entre loucura e sociedade ainda não estão dadas.

O homem é afetado pelas múltiplas e intensas relações que estabelece com o mundo exterior e com os outros homens. Para que esta trama de relações não o prejudique a própria civilização produz uma nova ciência: a psiquiatria. A psiquiatria, ciência do homem, instrumento de aprimoramento da sociedade civilizada.

É a totalidade da vida social que está relacionada com o fenômeno da alienação mental neste momento fundador do discurso psiquiátrico. Mas não é a sociedade desenvolvida a causa da loucura, porque esta causalidade que não é linear, nem absoluta. "O indivíduo e o social são os dois pólos limites de uma relação que implica em um ponto de encontro, um termo médio que se articula na medida em que diz respeito a esses dois aspectos da realidade que só aparentemente se opõem". (Machado et alii, 1978, p.418-419)

No processo de interação com a sociedade o indivíduo não permanece passivo, inerte: ele age e reage, muda e é mudado, é sentimento, paixão. "O fenômeno da alienação mental tornou-se possível, a partir de um lugar específico, o termo médio entre o desenvolvimento da inteligência e da sociedade, ponto de comutação". (Machado et alii, 1978, p.419)

O aprofundamento do estudo do homem, superando ou completando o nível próprio da inteligência, através da análise das faculdades afetivas, é apreendido pela medicina da mente. E as paixões invadem o domínio da ciência.

A marcha da argumentação que será retomada por diversos autores, conduz à afirmação de que é por intermédio das paixões que se realiza o sentido entre o indivíduo e a sociedade. Quando a psiquiatria focaliza o indivíduo privilegia as faculdades afetivas sobre as intelectuais. É, portanto, por intermédio da temática das paixões, ao mesmo tempo a marca do ser social do homem e a possibilidade de sua alienação, que se homogeneiza, na reflexão psiquiátrica, a aparente dicotomia entre o indivíduo e o social.

Mas, é Foucault, na sua obra clássica a História da Loucura na Idade Clássica, que conta essa história, esquadrihando os seus detalhes e desvelando sua face que a história oficial da medicina encobre.

A compreensão da história do processo que segrega e institucionaliza a doença mental requer uma re-leitura do texto de M. Foucault, a História da Loucura na Idade Clássica, (1987), revisão que, além de constituir uma tarefa

complexa, requer disponibilidade permanente para reformular modelos conceituais tradicionais e apreender um novo modo de elaboração do conhecimento.

Experiência metodológica especial, que Foucault denomina arqueológica, a História da Loucura aprofunda o estudo das práticas de internamento dos loucos e de outras categorias sociais, assim como do processo pelo qual a loucura vem a ser apropriada pela medicina, no período cronológico que vai dos meados do século XVII a fins do século XVIII. Método inovador, que contém um novo enfoque epistemológico, a arqueologia de Foucault foge à linearidade metodológica corrente, numa transformação dialética constante dos modos de assenhorear-se, enquanto sujeito do conhecimento, da realidade que se propõe conhecer, revisando seus objetivos e reordenando seus modelos a cada nova configuração dos fatos analisados.

A reflexão de Foucault sobre o internamento dos loucos, suas práticas e saberes, ocupa-se, particularmente, dos espaços institucionais, estendendo-se às percepções e modelos de pensamentos, que relacionam essas práticas com as demais instâncias sociais - familiares, jurídicas, religiosas.

Partindo do fato explícito, o internamento de pessoas: pobres, loucos e pertencentes a outras categorias, a análise amplia-se em direção às dimensões econômicas, sociais e políticas, num processo de generalização contínua e crescente, que estabelece e põe em evidência as condições históricas em que ocorre o fenômeno que Foucault chama de a Grande Internação.

Foucault, que inicia a sua investigação pelo século XVII, enfatizando o fato de que os estabelecimentos que internavam não o faziam enquanto estabelecimentos médicos. A internação se devia a uma percepção social e histórica dos loucos e demais categorias, como transgressores da ordem estabelecida. Embora lembre que, desde a Idade Média, os loucos eram internados em estabelecimentos próprios ou havia nos hospitais um lugar para eles.

O estudo de Foucault, que não pretende ser uma obra de história médica ou da psiquiatria, compreende, não só, os mitos e os saberes que explicam e conferem significado às práticas do internamento, como, também, as mudanças ocorridas nos modos de reconhecer e perceber os loucos e a loucura, no decorrer dos séculos XVII e XVIII. Essas mudanças, que redimensionam os saberes e práticas sobre a loucura, dão origem as reformas dos estabelecimentos de internação e a invenção do asilo, ao final do século XVIII.

Ao estabelecer o modo pelo qual a medicina se dá conta da loucura, reconhece sua condição de doença e apropria-se dela enquanto objeto de conhecimento e de intervenção, a obra de Foucault contribui para a compreensão das formas pelas quais se deu a construção da psiquiatria moderna.

É no século XVII, precisamente no ano de 1656, que ocorre o que Foucault chama de a Grande Internação. Nesse ano, por um Editto Real, foi criado o Hospital Geral, destinado aos "pobres de Paris", que deveria "recolher, alojar, alimentar aqueles que se apresentem de espontânea vontade ou aqueles que para lá são encaminhados pela autoridade real ou judiciária". (Foucault, 1987, p.49)

Mas, que o Hospital Geral não é um estabelecimento médico, fica bem claro. É antes uma estrutura semi-jurídica, espécie de entidade administrativa, que, ao lado dos poderes já constituídos e além dos tribunais, decide, julga, executa. Autônomo e soberano, é um "poder que o rei estabelece, uma ordem de repressão". Modelo de administração burguesa e monárquica, estende-se em uma rede por toda a Europa. Instituições de difícil definição, desempenham um papel ao mesmo tempo de "assistência e de repressão", onde se misturam os ritos da hospitalidade e a "preocupação burguesa de pôr em ordem o mundo da miséria; o desejo de ajudar e a necessidade de reprimir; o discurso da caridade e a vontade de punir". (Foucault, 1987, p.52)

A segregação do século XVII e os significados políticos, sociais, religiosos, econômicos e morais que ela contém, explicam-se, mais provavelmente,

nas próprias estruturas essenciais do mundo clássico com um todo. E não se restringe à França: movimento de dimensões Europeias, ocorre também Alemanha, do mesmo modo que já havia ocorrido em outros países.

Foucault lembra ter sido necessário formar-se, no decorrer dos anos, um sentimento compartilhado, comum à cultura burguesa, que era, "no homem clássico, uma concepção claramente articulada". Isto é, era preciso haver na sociedade, disseminada entre as pessoas, a idéia, o sentimento de que aquelas categorias de pessoas poderiam ou deveriam ser segregadas. "O gesto que, ao traçar o espaço do internamento conferiu-lhe um poder de segregação e atribuiu à loucura uma nova prática,[...] por mais coerente e ordenado que seja, não é simples". (Foucault, 1987, pp.62-63). E esse gesto organiza uma nova sensibilidade à miséria e aos deveres de assistência, uma nova forma de reagir diante dos problemas econômicos, do desemprego, da ociosidade; uma nova ética do trabalho e, também, o sonho de uma sociedade onde a moral se uniria à lei civil, coexistindo as formas autoritárias de coação. E, assim a segregação se institucionaliza. Normalidade e loucura são criações culturais. Porque, "o homem normal, tal qual o louco, é uma criação cultural - é a cultura que o coloca num lugar social e jurídico". (Foucault, 1987, p.62)

Os estabelecimentos de internação não são apenas abrigos, constituem "instituições morais", encarregadas de castigar, "corrigir", cujas regras são semelhantes as das prisões; e os cuidados médicos não constituem, nem o sentido, nem o projeto do internamento.

Enquanto na Idade Média a caridade que se estendia sobre os miseráveis, doentes e loucos significava um caminho para o céu, na era clássica a caridade e os miseráveis são desmistificados. A nova percepção da pobreza, construída pela reforma protestante e assimilada pela Igreja Católica, transfere o cuidado com os pobres para o Estado.

A assistência aos miseráveis torna-se um problema público: o internamento oculta a miséria e os loucos se incluem entre os miseráveis. Os loucos que, na Idade Média, eram acolhidos nas famílias, perambulavam pelas estradas ou eram abrigados por um princípio de hospitalidade, são, agora, recolhidos porque interferem na ordem e no espaço social; objetos, portanto, de uma medida de ordem. É que a loucura, pela desordem que contém, não cabe na ordem da cidade. Na prática, o internamento constitui um ação de polícia.

O Hospital Geral atribui-se a tarefa de "impedir a mendicância e a ociosidade, bem como as fontes de todas as desordens", (Foucault, 1987, p.64); ociosidade que é referida nas medidas repressivas nos séculos XVI e XVII, acompanhando os momentos em que as oscilações da economia aumentava o número de desocupados.

E fica bem claro que as razões do internamento não são médicas, embora, "nossa filantropia bem que gostaria de reconhecer os signos de uma benevolência para com a doença; mas, vem a ser, apesar de tudo, uma medida positiva, que não mais escorraça ou pune os miseráveis: toma conta deles, a custa da nação e de sua liberdade". (Foucault, 1987, pp.70-73)

A internação assume, no século XVII, uma amplitude que não se compara à das prisões da Idade Média. Corresponde a invenção de um modo particular de perceber em conjunto com a pobreza, a incapacidade para o trabalho e a impossibilidade de inserção no meio social. O novo modo de lidar com essas categorias tornou possível perceber a face, até então obscurecida, da loucura. E com o internamento os leprosários, vazios desde o final da Renascença, foram reativados.

Os muros da instituição encerram o lado negativo, exposto, do mundo burguês, a serviço da ordem religiosa, familiar, econômica, num sistema de exclusões superpostas que fortalecem os limites da liberdade.

O internamento separa a razão da não razão e permite que a insanidade se torne objeto da percepção no horizonte da realidade social e, sobre esse fundo de sensibilidade social, que traçou uma linha e que procede uma escolha, a fim de banir, formou-se a consciência médica da loucura. (Foucault, 1987, pp.78-80)

A nova sociedade burguesa que sucedeu ao feudalismo interna. E, no universo dos internados, convivem aqueles cuja conduta atinge as famílias, como os doentes venéreos, os homossexuais e os devassos; aqueles cuja conduta fere os princípios da religião, como os blasfemos, magos, feiticeiros e suicidas; e, ainda, os alienados, os senis, os caducos, os malformados, os disformes, as moças incorrigíveis, filhos pródigos, prostitutas, insanos. Na verdade o universo dos internados é mais amplo. Mas são citadas apenas as categorias passíveis de identificação.

Embora houvesse, em certos hospitais, um lugar reservado para os loucos, - o que poderia sugerir uma condição quase médica para o tratamento dessa categoria - o internamento não tem caráter médico. A expressão "quase médica" é de discutível aplicação no caso: os tratamentos médicos eram, na época, rudimentares e os loucos, como tais, não eram objeto de tratamento em hospitais; eram considerados incuráveis. Os hospícios, porém, tinham um médico, que atendia os loucos, quando estes ficavam "doentes". (Foucault, 1987, p.114)

Justapõem-se duas experiências da loucura, que de certo modo, ainda hoje sobrevivem: a loucura como doença e a loucura como conduta anti-social, passível de castigo e segregação; e estas experiências que se manifestam na hospitalização e no internamento, encontram-se na percepção da loucura. Embora a internação não se dê por razões médicas e a interdição seja um assunto jurídico, é o médico quem decide quem é louco.

Considerações jurídicas da loucura, anteriores à prática do internamento, constituídas na Idade Média, já atribuíam à competência médica, com base no direito canônico e em princípios remanescentes do direito romano, o

reconhecimento da loucura. A prática do internamento, ao confundir a pessoa - sujeito do direito - com o indivíduo - ser social - agrega ao conceito nascente de cidadania a idéia de responsabilidade.

No recolhimento dos insanos mentais confundem-se dois universos ou instâncias: o individual e o social, o universo do direito e o universo social. E o "múnus" do médico fica subordinado a outras formas sociais organizadas.

A medicina do século XIX admitirá que a alienação do sujeito do direito pessoal deve coincidir com a loucura do homem social, na unidade da realidade patológica - a doença mental -, que será apropriada pela medicina como objeto de sua percepção e de seu conhecimento. E o internamento será precedido de uma interdição médica que reconhece o louco como incapaz. São duas as experiências: uma social e normativa, que estabelece os limites à loucura, e outra, jurídica, qualitativa e classificatória, embora a jurisprudência já tenha a sua classificação. (Foucault, 1987, pp.130-132)

O processo de construção da consciência da loucura vai se dando de forma fragmentada: consciência prática, que se refere a certas concepções políticas, jurídicas e econômicas do indivíduo na sociedade; consciência analítica enunciativa, que identifica e reconhece a loucura; consciência analítica, discursiva, que estabelece as bases do saber objetivo e a concepção da loucura com um fato da natureza.

Começando a sua História da Loucura pelo século XVII, Foucault admite que, embora em todas as épocas tenha havido uma dupla apreensão da loucura, uma moral e outra objetiva, no século XVII o razoável e o racional se confundem: "Quem diz loucura, nos séculos XVII e XVIII, não diz em sentido estrito "doença do espírito", mas algo onde o corpo e a alma estão juntos". (Foucault, 1987, p.214). E, nessa dupla significação, a loucura é um problema médico e filosófico, em um sentido diz respeito à razão, e, no outro, ao racional e à natureza. "A loucura", diz Foucault, "começa ali, onde se perturba e se obnubila o

relacionamento entre os homens e a verdade"[...] mas "é o desatino que permite compreender o que era internamento, fazendo a loucura aparecer". (1987, pp.240-249)

Os loucos - presentes na vida cotidiana na Idade Média, nas famílias e no horizonte social -, nos séculos seguintes são colocados, indistintamente, nas prisões e nas casas de internamento, onde se misturam aos demais internados. E, entre o final da Renascença e o apogeu da Era Clássica, ocorre uma alteração da consciência da loucura, que aponta um rosto onde o positivismo irá acreditar reconhecer a loucura, cuja percepção que só é possível em relação à ordem da razão, onde se situa o sujeito do conhecimento. O internamento, ao esconder os loucos e insanos, circunscreve a área de objetividade possível e evidencia a loucura que assume a forma de positividade e pode, então, tornar-se objeto do conhecimento. O saber positivo, que possibilita ver o louco como objeto, separa o desatino da loucura.

A partir do internamento, a experiência da loucura adquire significado e organização coerentes, expressando-se na ordem da instituição e formulando, no espaço de suas contradições, um conhecimento discursivo, elaborado entre a moral e a medicina, um domínio ético e orgânico.

Os esquemas conceituais adquirem novo rigor pela observação tornada possível e as causas da loucura são revistas. Quando os mitos explicativos desaparecem, restará o esquema das qualidades transparentes e observáveis que serão nomeadas. Os conceitos, subordinados às regras do pensamento positivista, vão integrar-se ao redor de certos temas, forjando imagens unificadoras e perceptíveis.

Mas, aos insanos, ainda faltava o nome de doentes e a condição médica só vai ser adquirida no século XIX, quando o positivismo permitir o conhecimento objetivo da alienação e conferir estatuto médico à loucura.

As manifestações da loucura, objeto de observação, registro e organização, são referidas ao quadro de conhecimento do organismo humano, e, nesse processo, a medicina e a moral se encontram. Embora o internamento não seja uma experiência médica, o rigor da exclusão, do qual ele procede, possibilitou um conhecimento objetivo.

A doença, nas novas formas do saber médico, às quais a loucura se integrou sem aparentes dificuldades, precisa ser conhecida por suas manifestações. Para Foucault, o projeto classificatório nosográfico, essencial para o médico do século XVIII, não consegue absorver, de modo eficaz, a loucura. Segundo ele, "o grande tema positivista - classificar as partes dos signos visíveis - não consegue ser alcançado, quando seu objeto é fugidio e desviante como a loucura, ao invés de alcançar o homem a experiência da loucura encontra a moral".(Foucault, 1987, p.197)

As classificações vão se encontrar num fundo da moral, e não de racionalidade, e a noção de doença deixa de ser patológica para ter um sentido crítico; ambivalência que se torna evidente nos motivos de internamento, que contém um sentido de denúncia e não do razoável da manifestação.

A loucura, analisada entre as espécies de doença, tinha, por princípio e por verdade a razão. Não era doença no sentido orgânico do conceito: não se manifestava numa lesão anatomopatológica ou num distúrbio fisiopatológico.

Caminhando da evidência para as explicações, da percepção das causas para o reconhecimento empírico dos sintomas, organiza-se a busca de um suporte perceptivo, de um fenômeno orgânico visível. A medicina do século XVIII, em busca de uma causa positiva, a lesão anatomopatológica, sistematiza as observações. E, nessa busca, amplia-se o universo: da alma ao corpo, deste à natureza e à sociedade.

O sistema de causas, próximas e distantes, amplia-se, dispersa-se, adquire uma unidade, uma forma de ligação, corpo e espaço exterior.

A experiência médica da loucura transcende a alma e o corpo para encontrar a unidade do fenômeno humano. A paixão e a concepção mecânica do corpo se unem. E os conceitos da medicina do século XVII são reordenados para explicar esse encontro de concepções médicas: corpo e alma, sólidos e fluidos, paixão, imaginação e delírio precisam ser reaprendidos em novo quadro referencial.

Na medicina dos séculos XVII e XVIII, pensamentos e práticas, teoria e terapêutica se comunicam numa perceptível reciprocidade. Convivem na terapêutica, juntamente com os mitos da panacéia e do princípio que confronta a doença com a natureza, todo um conjunto de símbolos e de seus significados, envolvendo o sangue, pedras, fórmulas mágicas, fogo e água. Sob o empirismo dos meios de cura das terapêuticas estão as grandes estruturas que explicam a doença: impureza e solidez, afastamento do mundo, da verdade e da ordem; e os discursos que ordenam as técnicas de cura contêm essas estruturas. E a loucura, por "comportar poderes inquietantes", parece atrair esses medicamentos de importância simbólica.

Mas há a lembrar, ainda, que a maior parte da prática médica encontra-se nas mãos de curandeiros, damas de misericórdia e farmacêuticos, fragmentação que separa a medicina da prática, especialmente nos casos da loucura: pelo internamento o alienado escapa ao tratamento médico; fora do internamento é tratado por leigos.

Quando, ao final do século XVIII, começa-se a perceber que é inútil tratar algum louco apenas por meios físicos, assinala-se o fim de uma época.

E um novo modo de perceber a doença se instala: a doença e sua causa. A cura deve conter uma reflexão sobre a causa da doença. E nasce a clínica, modificando as práticas e dando origem a novo marco teórico; e no confronto médico-paciente o sentido da doença se desdobra. A observação dos sintomas e sinais da loucura torna possível à psiquiatria de observação e o internamento

hospitalar. Um conjunto de idéias terapêuticas, que contém, ainda, valores simbólicos, reorganizam a cura da loucura.

O pensamento médico começa a relacionar a loucura com o mundo. Enquanto elabora a noção que explica as diferenças nela observadas, relaciona a loucura às condições de vida, assim como ao modo pelo qual o homem estabelece relação com o mundo, desenvolvendo uma sensibilidade que o identifica com a natureza e com todas as exigências da vida social. (Foucault, 1987, p.338)

A relação com a religião, que organiza a vida humana, é reconhecida. A religião que controlava o tempo, as paixões, e estabelecia uma mediação entre o homem e o erro, o homem e o castigo.

As figuras familiares da Idade Média, reduzidas ao silêncio pelo internamento, vão ser reencontradas, ao final do século XVIII, quando se multiplicam as queixas sobre os riscos da loucura.

Sob a influência do fantástico, do pânico, realiza-se, enfim, a síntese entre o desatino e o mundo médico, e o médico é convocado ao mundo do internamento a fim de proteger os não internados do perigo que o internamento representa. Esse apelo não se originou de um sentimento humanitário, mas do medo. Não havendo como suprimir as casas de internação, era preciso neutralizá-las, impedir que contaminassem o ambiente, e, por isso, elas tiveram que ser reformadas.

Em 1776, 120 anos após o Edito Real que cria o Hospital Geral, um Decreto nomeia uma Comissão que deve "ocupar-se do grau de melhoramentos de que são susceptíveis os diversos hospitais franceses". "Sonha-se com um lugar onde o ético e a medicina se misturem, em uma libertação da loucura: libertação que não se deve entender, em sua origem como uma descoberta, pela filantropia, da humanidade dos loucos, mas como um desejo de reabrir a loucura às suaves coações da natureza". (Foucault, 1987, p.333)

É o sonho de um asilo "onde o desatino será contido e oferecido em espetáculo, sem perigo para os espectadores" [...]. "Sonhos através dos quais a

moral, em cumplicidade com os médicos tentará defender-se contra os perigos contidos, mas muito mal encerrados, no internamento". (Foucault, 1987, pp.357-359). E, na idéia da volta à natureza, "sem que nada tenha mudado nas instituições, o sentido do internamento começa a alterar-se". (Foucault, 1987, p.333)

A identificação do meio e das relações do homem com o meio na origem da loucura gera a apologia da natureza: visão imaginária do lavrador feliz, da inexistência de alienados e dementes entre os selvagens. Porque a loucura, representa o outro lado do progresso, sub-produto de um meio que deixou de ser natural.

Um novo conceito de internamento é construído: o asilo, um lugar imediato onde a natureza é "mediatizada pela moral". E, nesse espaço, a experiência clássica do desatino se reduz a uma percepção moral, que irá permear a concepção do século XIX, científica e positiva.

Os asilos, que se instalam do final do século XVIII ao início do século XIX, absorvem e expressam a múltipla diversidade de percepções e explicações sobre a loucura, e reencontram as noções de classificação: - divisão prática, não conceitual - sobre a qual foi edificada, durante o século, o sistema nosográfico que permanece no século XX. Porque a concepção da loucura é histórica. "Tal tempo, tal espécie de sanidade", diz Foucault, para quem a noção de loucura, tal qual existe no século XIX, formou-se no interior de "uma consciência histórica [...] numa concepção simultaneamente moral e social". (1987, pp.374-375)

O número de internos nas casas de internamento não segue a curva demográfica. Embora os dados sejam imprecisos e não haja clareza quanto a proporção de loucos entre os internados, observa-se que o número de loucos segue uma curva particular que não é, nem a demográfica, nem a do internamento: a consciência da loucura está associada, não à intensidade do internamento, mas ao número de loucos não internados. Na verdade o internamento tinha uma função de

passagem do movimento demográfico: a do escamoteamento do desemprego visível, manifestação exposta da crise econômica, que só a expansão da economia irá absorver.

A partir de 1770, o internamento começa a recuar com medidas restritivas. Os limites do internamento para a solução dos problemas do desemprego e dos preços são reconhecidos, e internar adquire o sentido imediato de atendimento de necessidades. A política de assistência é posta em questão: as causas do desemprego e da mendicância são revistas; o pensamento econômico reelabora a noção de pobreza, que é redimensionada nos parâmetros da economia industrial; o internamento é criticado porque interfere no mercado de mão de obra. A nova concepção de cidadania exalta o direito de livre acesso ao trabalho e o internamento indiscriminado constitui uma barreira que dificulta esse acesso.

Os hospitais só para loucos assinalam o caminho das medidas reformadoras. As condições jurídicas ainda não haviam sido alteradas e o lugar da medicina no cuidado dos loucos não se definira, mas a diferença não é a medicina e sim a instauração de um lugar exclusivo para os loucos: "asilos, especialmente para loucos". E é no interior desses novos lugares exclusivos que a loucura se instala como objeto de percepção. Do século XVIII ao século XIX o asilo substitui o internamento indiscriminado. E, de um século para outro acontecem, primeiro o internamento, do qual procedem os asilos, em seguida as transformações, que permitiram a existência de Pinel e do movimento da reforma, e, finalmente, "a ciência médica da loucura". (Foucault, 1987, pp.384-396)

A consciência da loucura, no século XVIII, não evoluiu de um movimento humanitário ou sob pressão da ciência. Mudou no seu próprio espaço e tornou-se uma consciência política, bem mais que filantrópica. Embora o sentido das críticas e dos protestos que denunciavam as condições das prisões e do internamento não caracterizassem uma libertação dos loucos, preocupações médicas ou intenções

filantrópicas. Ao contrário, reafirmam o internamento dos loucos como proteção contra os riscos que eles representam.

Ao final do século XVIII era difícil determinar o lugar que os loucos deveriam ocupar na humanidade. No espaço social que se reestrutura sem o internamento, a loucura fica sem inserção.

A reforma foi sendo elaborada em dois movimentos: um, que parte do interior do internamento, torna a loucura visível, e, enquanto outras categorias escapam do internamento, ela permanece; outro, fora dos muros das casas de internação, que reelabora as reflexões sobre a pobreza e sua segregação. A junção da miséria ao desatino se desfaz: a miséria é retomada pela economia e a loucura é confrontada com os problemas que a assistência aos doentes propõe. Mas permanece a questão de onde colocar os doentes e os loucos.

A doença e a pobreza tornam-se coisa privada e a loucura exige um estatuto próprio e a definição de um espaço de confinamento. "Pobres e doentes devem ser assimilados pela família, [...] "prisioneiros, loucos e os sem família continuam internados"[...]. "Busca-se uma definição de um estatuto hospitalar para a loucura, um lugar para a loucura". (pp.415-417)

E o conceito de assistência é reformulado enquanto dever social: dever do homem na sociedade, não da sociedade.

Nesse questionamento, que renova o espaço social onde se situa a doença, a família é reconhecida como instância de assistência e ajuda: o doente não diz mais respeito a todos, mas aos que lhe estão próximos. Propõe-se ajudar as famílias para que estas tratem seus doentes, porque o lugar natural da cura é a família.

Embora a exclusão dos loucos não atenda à piedade, no espaço do internamento, ao lado da função de exclusão, projeta-se o tratamento e, quando a medicina se apossa do asilo e da loucura ali instalada, o internamento passa a ter valor terapêutico. Mas a reestruturação das casas de internamento, que as transforma em asilos, não se deu pela introdução da prática médica.

Em fins do século XVIII, o problema da loucura passa a ser encarado do ponto de vista do direito do indivíduo. "Quando a razão é atingida, a liberdade pode ser coagida". (Foucault, 1987, p.435). Encerram-se apenas os loucos que podem prejudicar os outros. E, nesse mesmo período, o relatório médico torna-se indispensável. No asilo, a conduta dos loucos e os efeitos dos remédios são observados e registrados: a loucura torna-se objeto da linguagem do conhecimento.

Um novo estatuto da loucura desfaz o velho conceito familiar, social e policial, deixando que se confrontem a noção jurídica de responsabilidade e a experiência imediata da loucura. "O cidadão é a razão universal, num duplo sentido: ele é a verdade imediata da natureza humana e a medida de toda a legislação". (Foucault, 1987, p.441-442). O confronto entre o público e o privado é representado pelos tribunais de família, criados em 1790 para dividir com o Estado as decisões, mas que, segundo o autor, não sobreviveram à organização da justiça.

Quando se dá a reforma da justiça, a consciência pública, representada pelo juiz, assume a forma de instituição e o crime, diante dos tribunais, revela seu parentesco com a loucura.

A questão da loucura é colocada entre o jurídico e o médico, entre o castigo e o "não castigo", e o tratamento. Desse modo, a função do internamento se modifica, num processo que se expressa, entre outros aspectos, pela constituição do caráter médico da loucura, que tem sua correspondência estrutural no modo pelo qual esta adquire estatuto de objeto, e, enquanto doença mental, se oferece ao novo saber.

A experiência/perceptiva da loucura só se oferece ao conhecimento do não louco. Com o positivismo a loucura tornar-se-á coisa, objeto, e, assim, aparece na fronteira do conhecimento possível.

Da loucura, - objeto percebido, observado, - nasce o postulado da psiquiatria positiva e os temas da ciência positiva da loucura, projeto técnico e,

também, excludente. O estatuto de objeto será imposto, desde então, a todo o indivíduo reconhecido como alienado. Mas "a ciência das doenças mentais, tal como se desenvolve nos asilos, pertencerá a esfera da observação e da classificação". (Foucault, 1987, p.450-456)

O internamento, ao final do século XVII, adquire uma conotação médica e política. E é esse o quadro quando Pinel assume a direção de Bicêtre, principal estabelecimento de internação de loucos e de outras categorias de segregados como os presos políticos e onde ele era médico. Pinel propõe-se libertar os loucos e pôr fim ao internamento, "cuja necessidade é por todos reconhecida". (Foucault, 1987, p.462). Embora segundo Foucault, não seja possível saber o que Pinel tinha em mente quando liberta os loucos, uma decisão ambígua: "gesto que liberta a loucura para torná-la objetiva". [...] "Quando Pinel liberta os loucos", diz Foucault, "esses adquirem a humanidade perdida" (Foucault, 1987, p.472)

A reforma dos modos de lidar com os loucos não se limita, no entanto, à França. Ela ocorre na Inglaterra, como já ocorrera em outros países da Europa. Mas Foucault entende a Reforma que se deu na Inglaterra, especialmente a criação do Retiro, como uma série de medidas "que o Estado burguês inventa para suas próprias necessidades de beneficência privada. (Foucault, 1987, p.462). A instalação do Retiro, junto a natureza, no campo, continha, segundo Foucault, um novo significado da loucura - uma doença da natureza, da sociedade, não do homem. Organizado segundo um modelo que pretendia reproduzir o ambiente familiar, o retiro conduziria o homem à sua verdade e à cura. Mas é, ainda, segregação.

O fato é que tanto em Bicêtre, sob a direção de Pinel, como no retiro, que Tuke fundou na Inglaterra, as correntes e as grades foram retiradas, mas os loucos continuaram internados. Mesmo sem as correntes, os loucos não recuperaram a razão, não foram curados e mantiveram os traços da alienação em suas condutas. Seja qual for o significado atribuído à cura, que não fica explícito no texto de

Foucault, a reforma revelou o rosto humano do louco. E, a partir daí, constitui-se o hospício.

De certa maneira, a retirada das correntes dos loucos, em Bicêtre e a instalação dos loucos em um retiro no campo, na Inglaterra, se encontram, porque, em ambas, os modos de perceber e cuidar dos loucos se reorganizam. Em outras palavras, o movimento que reforma as instituições e a evolução da loucura no mundo do internamento encontram-se na reorganização da experiência concreta com a loucura.

O Estado Liberal irá atribuir à família a responsabilidade pelo cuidado dos pobres e doentes, que não mais ficarão sob os cuidados da Igreja ou do Estado. Mas, enquanto a maioria dos doentes podem ser colocados sob os cuidados da família, o mesmo não acontece com os portadores de transtornos mentais. Dai o Retiro, que constituirá, ao redor do louco, uma família artificial. "Bem depois da doença dos pobres tornar-se, outra vez, assunto do Estado, o asilo manterá os insensatos na ficção imperativa da família.[...] Valores fictícios que irão encerrar o asilo, protegido da história". (Foucault, 1987, pp.483-487)

O pensamento de Foucault sobre o que sucedeu na Inglaterra, é contestado por Allderidge (1979) e Roseblatt (1984).

Allderidge, investiga a história social dos modos de cuidar dos insanos, na Inglaterra, a partir do final da Idade Média, quando os loucos começam a ser percebidos como doentes e não como objetos de possessão demoníaca.

O texto acompanha as várias formas sucessivas e, as vezes coexistentes, de cuidar dos loucos e outros necessitados, aos quais, segundo a autora, a história se aplica: a fundação dos primeiros hospitais gerais, que reservavam leitos para insanos e dos primeiros hospitais só para loucos; a assistência prestada por famílias e comunidades; e a criação das Casas de Loucos, tema nuclear do artigo. Segundo a autora, "pelo menos nos últimos 750 anos, houve muito poucas, se houve, idéias

sobre o cuidado público e instituições para doentes mentais que não tenha sido considerada antes". (Alldridge, 1979, p.324)

Na Idade Média, os loucos, bem como outras categorias de pessoas necessitadas de cuidados, eram assistidas por amigos, vizinhos e familiares, ou podiam ser internados em hospitais gerais que tivessem leitos para esses pacientes. O documento de Fundação do Hospital da Santíssima Trindade, que data dos meados do século XIV, prevê 30 leitos, "onde os famintos sejam alimentados, os sedentos tenham o que beber, os nus sejam vestidos e os loucos mantidos seguros até que restaurem a razão". (Allderidge, 1979, p.322). Bethlem, típico hospital geral medieval, fundado em 1247, admitia loucos, que eram trazidos de outros lugares. Ao final do século XVII foi criada uma instituição especial para os portadores de transtornos mentais, O St. Peters, em Bristol, (1696), que foi o primeiro hospital público para doentes mentais.

A POOR LAW, de 1601, determinava que em cada paróquia deverá haver um curador, nomeado pelo juiz do condado, junto com dois a quatro representantes das famílias, para serem vigilantes dos pobres do condado. Entre os pobres, sob o cuidado dos vigilantes, encontram-se os loucos. A manutenção dos pacientes necessitados, nas comunidades ou confinados, era garantida pelas paróquias.

Allderidge encontrou documentos que comprovam que nos séculos XV e XVI era permitido a um parente, amigo ou vizinho de um louco, amarrá-lo, surrá-lo com varas, acorrentá-lo, se ele estivesse em um estado que fosse capaz de "botar fogo na casa ou causar algum dano a si mesmo ou aos demais". (Allderidge, 1979, p.326)

Em 1696, Decreto do Parlamento, autorizou as paróquias a formarem uma corporação, - corporação dos pobres -, sistema que foi adotado em todo o país e que criou inúmeros asilos para pobres. De acordo com Allderidge, (1979), este constitui um dos capítulos mais degradantes da história social da Inglaterra.

O principal tema abordado no artigo de Allderidge refere-se às Casas de Loucos, lugares de internamento e tratamento que se instalam na Inglaterra, ao final do século XVIII, e que, nos meados do século XIX, já existia em todo o país. Segundo a autora, o sistema de Casas de Loucos, parece ter sua origem na prática de colocar portadores de transtornos mentais sob os cuidados de familiares, amigos, ou outras pessoas que se dispusessem a cuidar deles. Do início do século XVIII aos meados do século XIX, as Casas de Loucos se espalharam por toda a Inglaterra.

O St. Peter's, como o Bethlem e outros hospitais criados da Idade média até o século XIX são estabelecimentos públicos, embora a manutenção dos pacientes seja custeada pela família ou pelas paróquias. Mas as Casas de Loucos, que surgem ao final do século XVIII e início do século XIX, são de responsabilidade privada. Além de serem administradas como um negócio, não eram ocupadas por pessoas desprovidas de recursos.

A legislação de 1845 determina a criação dos asilos dos condados, onde os pobres poderão ser internados, mas estes já são estabelecimentos do século XIX.

Entre as modalidades de estabelecimentos de cuidados de loucos instituídas na Inglaterra, é o Retiro, criado por William Tuke, que é objeto da crítica de Foucault. Inspirado em princípios religiosos,- William Tuke era Quaker-, o Retiro era antes uma instituição beneficente, de natureza privada, e, em princípio, destinada apenas aos membros da congregação.

Roseblatt, (1984), para quem o asilo reflete o otimismo renovador do século XVII, considera Tuke e Pinel reformadores, um secular e o outro religioso, mas ambos acreditando nas mesmas coisas: novas formas de tratar e curar o louco e restituí-lo à sociedade.

Mas Roseblatt interpreta essas reformas de modo mais positivo que Foucault. Segundo ele, os reformadores não eram loucos nem falsos profetas; eram

homens de bem que se propunham a introduzir mudanças nos modos de cuidar dos insanos. (Roseblatt, 1979, p.244)

A fundação do Retiro foi o resultado de um preparo cuidadoso. Tuke conseguiu a adesão de seus pares, membros da Congregação Quaker, e questões como a localização, as formas de tratamento, administração, provisão de recursos e o tipo de pessoal que deveria trabalhar nele, foram consideradas. O estabelecimento introduz uma forma de cuidado e tratamento em que se combinavam "princípios cristãos com a praticabilidade do senso comum". (Roseblatt, p.247)

O Retiro não era uma Casa de Loucos; organizado e financiado como uma instituição privada, não era, no entanto, um negócio. Mas, segundo Roseblatt, era uma instituição sectária, fundada para servir a humanidade mas destinada, especialmente, aos membros da congregação.

De acordo com Foucault, o mito de Pinel, assim como o de Tuke, oculta um movimento discursivo e o mito do retiro e dos acorrentados libertados se correspondem. Segundo ele, "as histórias de Pinel e Tuke, transmitem valores míticos, que a psiquiatria do século XIX aceita como verdade. Mas, sob o mundo asilar, os seus métodos se reorganizam, assim como a experiência concreta da loucura". (Foucault, 1987, p.476)

As críticas feitas por Foucault àquelas mudanças são contestadas por Roseblatt, (1984), que entende que elas não são acompanhadas por dados de comprovação. Segundo ele, como resultado das reformas introduzidas por Tuke, Pinel, e outros reformadores, os pacientes confinados nos hospícios passaram a receber um tratamento mais humano do que aqueles internados em Bethlem ou Salpêtrière.

Foucault entende haver um encontro entre o movimento que reforma as instituições básicas e essa evolução da loucura no mundo do internamento.

O modelo asilar, instituído por Pinel, não tem caráter religioso. Pelo contrário, vê no fanatismo religioso a origem da alienação. Trata-se de reduzir o imaginário, o conteúdo moral, embora seu criador acredite, também, na cura pela natureza. É como se fosse um domínio religioso sem religião, que contivesse valores relacionados à família e ao trabalho, e que reprimisse os vícios e denunciasse as práticas de celibato, devaneio e preguiça, que se opõem às virtudes essenciais da sociedade.

O asilo constitui um instrumento de uniformização moral e de denúncia social. A segregação deve operar sínteses morais, uma continuidade ética entre o mundo da loucura e o da razão. No asilo, - um domínio uniforme de legislação -, apagam-se as alienações, através do silêncio, da ausência de espectadores; sem luta, sem dominação, só silêncio e ausência de uma linguagem diante do delírio; sem interlocutores, a loucura ver-se-á a si mesma, "libertada das correntes, mas aprisionada a si mesma", loucura que é chamada a julgar-se para compreender", o que leva Foucault a afirmar que o asilo de Pinel é um microcosmo judiciário, em que a encenação da justiça é parte do tratamento. (Foucault, 1987, p.490)

Instância judiciária, o asilo possui seus instrumentos de punição. A prática antiga do internamento situava-se fora das normas jurídicas, mas imitava o castigo dos condenados. A justiça do asilo inventa seus modos de repressão, ou utiliza métodos terapêuticos como forma de castigo. "Converte a medicina em justiça, terapêutica em repressão". O processo em que o louco é vigiado, julgado e condenado, tem um sentido "pedagógico". (Foucault, 1987, p.494)

Os alienados que escapam ou resistem ficarão reclusos no próprio asilo. Os três maiores atentados à sociedade burguesa - fanatismo religioso, resistência ao trabalho e roubo - não são desculpáveis, nem na loucura. O asilo, por cuja fundação glorifica-se Pinel, não é um lugar de diagnóstico e terapêutica: é, para Foucault, um espaço judiciário, onde se é acusado, julgado e condenado. E é, ainda, sobretudo um lugar de exclusão.

A mudança mais importante, talvez, seja a nova dimensão da figura do médico, que é essencial no asilo. Ele é quem decide quem deve ser internado. Embora a intervenção médica tenha um conteúdo de autoridade moral e os limites do conhecimento sobre a doença mental e sua terapêutica, precários à época, a influência do médico cresce: é que os loucos são, no retiro e no asilo, considerados doentes. Momento crítico, em que, enquanto o conhecimento da doença mental busca um sentido de positividade, a prática médica é moral. A relação médico/paciente que nasce no asilo, reproduz o microcosmo da família burguesa ao redor da figura paterna, que o médico simboliza, e dá sustentação a prática moral que, encerrando o seu saber no positivismo, vai transformar a prática psiquiátrica". (Foucault, 1987, p.501)

À medida em que o modelo se impõe, a relação médico/paciente vai se reformando e o poder do médico é aumentado. Diante desse poder e dessa autoridade, o doente é despojado de sua condição de sujeito. No asilo retiram-se as correntes do louco, mas sua vontade é transferida ao querer do médico. "No asilo", diz Foucault, "o homem está livre, mas excluído da liberdade". (Foucault, 1987, p.501)

A loucura clássica é citada nos textos dos filósofos e médicos dos séculos XVII e XVIII como contrária à razão. O discurso de Foucault sobre a loucura, sua liberdade e a verdade que esta revela, refere-se à verdade da loucura, manifestada ao nível do discurso dos loucos, cujo conteúdo pode ser transcrito e entendido; discursos plenos de lirismo e de imagens que só podem ser transcritos por quem conhece os códigos.

Concepções históricas e sociológicas da loucura supõem uma análise estrutural, capaz de pôr em evidência os conflitos e as contradições que elas contém. Essas concepções se inserem entre uma teoria explicativa e um esforço para situar a loucura no âmbito do juízo médico. Esse juízo intermedeia a responsabilidade e a conduta dos loucos e, numa concepção humanística de

terapêutica, o uso de "tratamentos morais" que, segundo Foucault, supõem a submissão e a repressão. (Foucault, 1987, pp.501 e segs.)⁽²²⁾

O asilo, campo de experiência psiquiátrica, amplia-se, não só pela reorganização do espaço nosográfico, mas, numa estrutura de experiência. Espaço onde o louco reconhece sua culpabilidade e se liberta dela, torna-se um "a priori" da percepção médica. Mas, para Foucault, "o asilo não serviu para nada, não protegeu o homem, libertou o louco de suas correntes, mas acorrentou o homem à sua verdade". (p.525)

O texto de Foucault constitui uma análise histórica estrutural, cobrindo um período de crise e de confronto com o caos, não só da formação da sociedade burguesa-industrial, mas das múltiplas transformações que o fato supõe. Poderia ser dito que o que ocorreu com a loucura na Idade Clássica tem sua analogia com o que ocorreu com outras instâncias sociais, como a família, a escola, o público e o privado, embora sobre estas instituições não se disponha de um estudo com a profundidade da História da Loucura.

3.1. A criação do hospício no Brasil⁽²³⁾

A análise dos textos brasileiros do século XIX, que tratam da loucura, mostra o relativo abandono das teses intelectualistas, que localizam a doença no cérebro e buscam explicá-la pelo paradigma biologista da lesão orgânica. A ênfase é dada pela paixão, que relaciona a doença mental com a moral. O reconhecimento

⁽²²⁾ A interpretação de Foucault sobre "tratamento moral" é passível de outra leitura em que a expressão significa, aprendizado de hábitos através de procedimentos padronizados, de correção de comportamentos que permitam ao doente adquirir autonomia no viver cotidiano. E embora possam ser entendidos como uma aquisição de disciplina, esses procedimentos constituem uma modalidade de tratamento na qual as práticas pedagógicas, psicoterápicas e, em certa medida, disciplinares, podem ser reconhecidas.

⁽²³⁾ A institucionalização da loucura e a criação do hospício no Brasil foram objeto de uma investigação especial por Roberto Machado et alii, cuja obra, "Danação da Norma - Medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil", (1978), foi utilizada como base referencial para desenvolvimento do tema.

das doenças mentais através o novo paradigma, envolve duplamente a civilização: por um lado, esta fornece a regularidade que permite medir o louco, por outro, possui o domínio do "saber que permite devolver o louco a sua verdade". Formula-se uma nova concepção de loucura e, com ela, a idéia de que a "sociedade que produz o homem desenvolve as condições que produzem o louco". (Machado e alii, 1978, p.413)

A relação entre os costumes de uma sociedade e os casos de loucura que ela apresenta, relação entre civilização e loucura, desenvolvida, no século XIX, por Esquirol, foi adotada pelos médicos brasileiros. Segundo esse critério, qualquer atividade humana - divertimentos, vida, profissões - expõe o homem a situações que podem causar a alienação; do mesmo modo, o despotismo, a liberdade dos costumes, a educação viciosa, são circunstâncias favoráveis à alienação, etc. E a crítica à educação tem por objeto sobretudo a família: pais sem critério, mães frívolas. As crianças devem ser, como os alienados, submetidas a uma disciplina que lhes equilibre as paixões e freie as tendências nocivas. (Machado et alii, 1978, pp.415 e 416)

A teorização acadêmica sobre a alienação mental é encontrada em textos escritos por médicos brasileiros, desde o meado do século XIX, embora a cadeira de psiquiatria só tenha sido criada em 1881.

O discurso é antigo: a loucura visualizada entre a racionalidade médica e a necessidade de controle de condutas anômalas. Discurso que louva Pinel e reivindica o isolamento, conforme o autor. E ao reproduzir um saber europeu, insere o país nos marcos dos povos civilizados.

E ocorre no Brasil o que ocorrera na Europa: os loucos vão para o hospício, conquanto a origem do hospício no Brasil não tenha se dado do mesmo modo que na França e na Inglaterra.

Desde 1830, aparecem os primeiros protestos contra a situação dos loucos na Santa Casa de Misericórdia e propõe-se a criação de um Hospício de alienados,

sob o argumento de que o hospital não cura, não possibilita o domínio da loucura. Pode segregar o louco, retirá-lo do convívio social quando se mostra perigoso - nesse sentido o louco está num hospital como numa prisão - mas é incapaz de atingir a loucura. No hospital o louco é considerado doente e, embora menos do que como doente psiquiátrico, mas recebe tratamento. Em documento apresentado à Imperial Academia de Medicina, em 1839, De Simoni defende, com veemência, a criação de um "estabelecimento específico para os alienados e insanos". (De Simoni, 1839, pp.241-262)

Em 1841, foi criado o Hospício Pedro II. Para solucionar o problema representado pela presença de alienados da Santa Casa, os médicos, em uma perspectiva social mais ampla, e o filantropo José Clemente Pereira, provedor da Santa Casa, escolheram o Hospício. (Machado et alii 1978, pp.423 e segs.)

"Mesmo as Santas Casas e outras instituições de caridade, já existentes nos séculos XVI e XVII e que abrigavam doentes, pobres e velhos, órfãos e mendigos, não contavam os loucos na sua clientela. As famílias abastadas os escondiam, [...] se violentos ou agitados eram contidos e amarrados". (Resende, 1987, p.31). Mas é bom lembrar que a sociedade brasileira de então, baseada no trabalho servil, ainda não tinha uma vida urbanizada.

A inauguração do Hospício que recebe o nome do Imperador Pedro II, em 1852, constitui o marco da institucionalização do louco no Brasil. Outros hospícios foram inaugurados posteriormente, quase sempre em lugares de difícil acesso, prática em que a reclusão dos loucos era justificada, ou camuflada, com o argumento de que os mesmos precisavam de calma.

Instaura-se, segundo Machado, a pedagogia da ordem.

A existência da doença mental pede um tratamento moral. Por isso a intervenção terapêutica da psiquiatria é medicina, uma espécie de medicina educativa e pedagógica. O Hospício, concebido como o lugar de exercício da ação

terapêutica, realiza uma verdadeira pedagogia da disciplina, da ordem. (Machado et alii, 1978, p.429)

Tendo como objetivo eliminar a loucura, caracterizando-se por uma ação que não se dá como negativa, mas recuperadora, a psiquiatria precisa ser instrumentalizada, precisa conter dispositivos que possibilitem a eficácia de sua intervenção. Daí a importância de um espaço terapêutico, um lugar para o doente mental que deve canalizar sua ação e sua eficácia.

Hospício e psiquiatria se integram. O Hospício de alienados, espaço de medicalização da loucura, realiza o princípio do isolamento formulado por Esquirol em 1816, e citado em textos de 1816 e 1832. (Machado et alii, 1978, p.430 e segs.). Isolamento que se justifica, tanto pelas causas da doença, inscritas na família e na sociedade, como pelo tratamento. A presença de familiares e amigos relacionados às causas de loucura "irritam o mal e entretém o delírio" e o isolamento significa proteger a família do paciente.

O princípio do isolamento expressa uma zona de conflito entre a família e a psiquiatria; o louco deve ser distanciado do meio doméstico, que não só causa mas acirra e confirma a alienação mental.

Mas o isolamento em relação à família é seletivo: aplica-se a um tipo específico de louco: os pobres. As famílias ricas não devem ser obrigadas, através da lei, a internar um membro seu que esteja louco. Se quiserem podem manter em domicílio o alienado e o internamento não será imposto.

O segundo nível de justificativa do isolamento é a possibilidade de intervenção terapêutica. O hospício, espaço organizado de tratamento, constitui uma instituição que realiza um projeto de isolamento ao qual é atribuído uma função terapêutica.

Se todo o tratamento deve ser asilar, o hospício, em si mesmo, deve realizar a transformação do alienado. É por isso que o isolamento não pode ser apenas uma exclusão, uma segregação, um expurgo da vida social. Deve ser,

também, complementado por uma organização do espaço interno e pela distribuição dos indivíduos, de modo que a vida do hospício se estabeleça de maneira ordenada. Assim ocorre no Hospício Pedro II.

A primeira divisão é por sexo: uma ala de homens, outra de mulheres e não pode haver contato entre os dois grupos.

A segunda por classes: 1ª classe - quartos individuais; 2ª classe - quartos para dois alienados; 3ª classe - enfermarias gerais, para indigentes, com 15 pessoas.

E a distribuição dos internados ainda se refina pela divisão dos pensionistas de primeira e segunda classes em tranquilos e agitados, e os da terceira classe em tranquilos limpos, agitados imundos e os afetados por moléstias contagiosas. A importância desta distribuição interna do asilo é fundamental e se evidencia no relatório do segundo diretor, quando critica o fato do hospício não poder comportar as subdivisões de que necessita para classificação dos diversas gradações de loucos. E justifica a crítica, afirmando a idéia de criar-se categorias de classificação das doenças mentais. (Machado et alii, 1978, p.434)

O Hospício caracteriza-se, assim, por um isolamento que se constitui, não só como um espaço fechado sobre si mesmo, mas, também, que se diferencia em relação às outras instituições. O Hospício é um lugar classificatório que distribui os indivíduos em seu interior, a partir de categorias muito pouco médicas, como tranquilos, agitados, sujos, limpos, etc.

A vigilância, condição essencial do Hospício, constitui outra de suas características. O louco deve ser vigiado em todos os momentos e em todos os lugares. O primeiro relatório do Hospício Pedro II é claro a respeito, quando afirma que: "os alienados são vigiados noite e dia e nem dentro nem fora do estabelecimento deixam de estar acompanhados; há sempre enfermeiros que velam para que eles estejam limpos e asseados e com sua presença evitam os perigos de distúrbios e alterações". (Barbosa, M.J., 1856, In: Machado et alii, 1978, p.435)

Outra particularidade do hospício é a distribuição do tempo dos internos. Assumindo o encargo total da vida dos indivíduos, isolando-os, vigiando-os, permanentemente, o hospício prescreve uma ocupação aos alienados. Não pode ser lugar de ócio ou de inércia, na medida em que o isolamento da sociedade não visa a um simples exclusão de suas fronteiras mas à possibilidade de uma reinserção do alienado na sociedade depois de sua reabilitação, através do tratamento.

Quando se analisa como eram distribuídas as horas da instituição asilar, pode-se ficar surpreso com inexistência justamente de um momento específico de medicação. O tratamento físico, orgânico, no sentido da clínica ou é inexistente ou é aplicado somente aqueles que, além de loucos, são afetados por moléstias acidentais. É que o "tratamento é mais uma educação que uma medicação". (Machado et alii, 1978, p.439)

Se não há tempo específico de medicação é que, paradoxalmente, o hospício medicaliza a totalidade do tempo de vida dos indivíduos que estão a ele submetidos. Instruções regulam as horas de alimentação, passeios, recreio e trabalho dos alienados do Hospital Pedro II. O trabalho deve ser a principal ocupação dos internos do hospício. O Regimento Interno, posterior às instruções, estabelece que todos os alienados tranqüilos "serão empregados no trabalho das oficinas e outros serviços que possam prestar durante o dia e até 10 horas da noite, não havendo inconveniente". (Machado et alii, 1978, p.442)

O trabalho era regra básica e principal ocupação asilar. Ocupação que será interrompida apenas pelas refeições, aplicação dos banhos e outros tratamentos prescritos pelos médicos, ou pelos recreios.

A norma do trabalho impera no hospício: oficina de costura, bordados, flores artificiais, alfaiataria, escovas, móveis, colchoaria, calçados, jardinagem, servente de obras, refeitórios. Os alienados são premiados pela assiduidade e docilidade. Norma que se baseia na teoria de que o trabalho é terapêutico, um

meio de cura que elimina a desordem. E, sob esse argumento, foram criadas as colônias agrícolas.

Além de que, o trabalho dos internos ajuda a manutenção do hospício. Mas, com todos as vantagens apregoadas, o trabalho braçal é aplicado aos pobres; os ricos são ocupados na biblioteca, música, arte, etc.

A verdade é que o trabalho é uma condição para manter a ordem. Meio de repressão, criador da docilidade, como o cautério, usado pelo medo que produz, o isolamento celular e a camisola de força. Repressão que é aceita porque está a serviço da civilização.

Segundo os Estatutos do Hospício Pedro II, (artigo 32), os únicos meios de repressão permitidos para obrigar os alienados à obediência são: a) Privação de visitas, passeios e quaisquer recreios; b) diminuição de alimentos dentro dos limites prescritos pelo facultativo; c) reclusão solitária, com a cama e os alimentos que o clínico prescrever, não excedendo a dois dias; d) o colete de força, com ou sem reclusão; e) banhos de emborcação.

Os meios de repressão, (artigo 33), só podem ser determinados pelo facultativo. Em caso urgente, pelo enfermeiro. (In: Machado et alii, 1978, p.446)

A grande utilidade da psiquiatria na época de sua constituição, é o hospício como poder disciplinar. Contando com dispositivos específicos, pessoal especializado, população selecionada, arcabouço jurídico, passa a existir, em meados do século XIX, como uma nova realidade institucional, resultado de uma luta médica que impõe, cada vez com mais peso, a presença normalizadora de medicina como uma das características essenciais da sociedade.

A psiquiatria não se constitui para obscurecer os mecanismos de dominação de uma classe sobre outra: é mais penetrante, eficaz e positiva; ela atinge o corpo das pessoas: é uma realidade que desempenha um papel de transformação dos indivíduos, assumindo o encargo de sua vida, gerindo sua existência, impondo uma norma de conduta a um comportamento desregrado. É a

presença da medicina em um aspecto da realidade que até então lhe era estranho. Através da psiquiatria o médico penetra mais profundamente na vida social e dá as cartas em um jogo que passa existir segundo as regras por ele mesmo criadas. (Machado et alii, 1978, pp.447-448)

A eficácia do hospício reside, e isso é parte essencial da teoria psiquiátrica do século XIX, em sua presença na sociedade como uma operação de cura: cura de uma doença que tem características especiais e que, por isso, justifica um tipo de intervenção que é original com relação à medicina científica - a medicina anátomo-clínica, que se constitui na mesma época que a medicina mental.

O hospício apresenta-se como um espaço social particular, encravado em uma sociedade, cujas dimensões reproduz. Críticas, protestos, desconfianças, denúncias de injustiças praticadas pela instituição, por médicos e diretores, expressam as contradições dessa sociedade.

A pouca ingerência dos médicos na internação e a presença de não loucos no hospício, são motivos de protestos: os médicos denunciam o que escapa de seu controle.

A importância das críticas reside no desvelar a própria natureza da psiquiatria: explicitam a exigência de medicalizar um espaço criado para o louco, a dificuldade que teve a psiquiatria para impor seus objetivos e as resistências que encontrou dentro de seu próprio espaço, impedindo que o modelo de hospício se impusesse. As denúncias constituem uma estratégia por maior poder da medicina para impor seu projeto normalizador e explicitam, ainda, o fracasso da psiquiatria como instância terapêutica. Mas o hospício ainda é um instrumento terapêutico básico; é através dele que se dá a medicalização do louco. Embora não cure. (Machado et alii, 1978, pp.450 e segs.)

A crítica à psiquiatria e às suas práticas que tem por objeto, particularmente, a sua incapacidade de fornecer repostas terapêuticas satisfatórias, tem acompanhado sua história. A ineficácia das práticas psiquiátricas, que a

psiquiatria reconhece, serve de apoio a uma exigência de maior medicalização. A auto-crítica radical que a psiquiatria realiza na passagem do século, demonstra, segundo Machado, essa afirmação.⁽²⁴⁾

O regime médico e policial do Hospício Pedro II deve responder à exigência de isolamento do alienado. Foi planejado em função do trabalho terapêutico. E a retomada, ao final do século, deste mesmo princípio deve ser inscrita na luta por maior medicalização. As críticas, porém, evidenciam o fato de que o médico não tem sido a figura central nas decisões relativas ao funcionamento do hospício. (Machado et alii, 1978, pp.450-455)

As questões relativas à classificação dos doentes se inserem nestas críticas. No entanto, a reivindicação por um refinamento das classificações existentes, não quer dizer defini-las de acordo com a nosografia psiquiátrica: os loucos continuam a ser repartidos no espaço de acordo com seu comportamento.

A classificação que organiza o hospício obedece a um modelo gestor : "metódica e científica é, incontestavelmente, um elemento de ordem, disciplina e moralidade, donde o médico tira o maior partido para suas mediocrizações e resultados". "Um poder cego".(p.455) Do bom ordenamento das relações que se estabelecem entre o pessoal que trabalha no hospício depende o funcionamento eficaz da instituição.

Mas a prática psiquiátrica enfrenta obstáculos no dia a dia do hospício. A autoridade médica, fundada no saber é garantia de cura, através do tratamento moral. O Pedro II não é, porém, um local em que esta autoridade se faça valer. E as críticas que emergem na virada do século ao próprio Hospício Pedro II expressam, no mínimo, duas situações de conflito: a luta pelo poder no interior da instituição, entre médicos e irmãs, ou melhor, entre a corporação médica e a igreja,

⁽²⁴⁾ Faz-se necessário, no entanto, anotar que a interpretação de Machado, apoiada no materialismo dialético, não é objeto de consenso entre psiquiatras que utilizam em sua análise o referencial metodológico positivista ou fenomenológico. (Fonte: Morgado, A. Parecer).

refletindo uma questão política mais ampla, que envolve a Igreja e o Estado, e o confronto entre as duas escolas psiquiátricas - a francesa e a alemã -, que, ao final do século, disputam a hegemonia e que tinham, cada uma delas, seus seguidores entre os psiquiatras.

Em 1886, havia 308 doentes no H. Pedro II, dos quais cerca de um terço era de incuráveis; havia três facultativos clínicos e dois médicos internos que dormiam no hospital, mas estes médicos não vêm os loucos senão quando algum acidente grave ou no curso de alguma moléstia interveniente. (Machado et alii, 1978. pp.456 e segs.)⁽²⁵⁾

Para que o hospício funcione bem é necessário que o poder se concentre no médico e seja exercido, tanto sobre os internos quanto sobre o pessoal administrativo.

Recursos terapêuticos, drogas, medicamentos de nada adiantam sem que a influência moral do médico se faça compreender. E a luta que se trava é, especialmente, por mais poder do médico. A demanda de poder no interior do asilo se faz explícita: confrontam-se a Santa Casa, (provedores e irmãs), e os médicos.

Os diretores e os médicos ficavam adstritos às informações que as irmãs lhes ministravam e se "algum deles ousava inquirir de algum fato que não lhe parecia regular ouvia insultos que não poderia repelir". (Teixeira Brandão, In: Machado et alii, p.466)

Se a moral laica é um argumento, a nova prática que procura implantar é resultado de uma consideração política, que ultrapassa as fronteiras do asilo e põe em confronto o poder do Estado e o poder clerical. A questão política subjacente ao funcionamento do asilo de alienados, tratada publicamente, versa sobre a legitimação técnica e científica da instituição psiquiátrica.

⁽²⁵⁾ 308 doentes para 5 médicos significa mais de 60 pacientes por médico, ou mais de cem, se considerada a especialidade. O parâmetro adotado hoje é de três pacientes para um médico.

Da crítica ao funcionamento do hospício à competência e idoneidade de seu pessoal, decorre a crítica ao estabelecimento como agente de cura e agência de produção de saberes; hospício que, em teoria, é por si um meio, um instrumento terapêutico, lugar de correção da anormalidade, foi, pelas condições de sua implantação no Brasil, uma aberração, um corpo anômalo, submetido à potências estranhas que fizeram dele local sujeito à repressão violenta de ignorância e de vício, agravado e não alívio do mal físico e moral.

Segundo Machado, o Hospício Pedro II não acompanha os progressos que a ciência psiquiátrica vem obtendo nos centros mais adiantados. "[...] Não é um instrumento de saber e de cura porque, em primeiro lugar, falta-lhe nítida hierarquia de poderes que estructure as relações fundamentais de seu pessoal [...]". (Machado et alli, 1978, p.472)⁽²⁶⁾

A psiquiatria defendeu o caráter específico do hospício: população homogênea, - homogeneidade interna - todos são doentes mentais; sua diferenciação interna contrasta com o discurso psiquiátrico e "com o caos e a aglomeração de personagens diversos que existiriam nas anacrônicas instituições a serem ultrapassadas [...]". (pp.473-474)

Quando a instituição administrada pela Santa Casa já está em pleno funcionamento, as críticas se sucedem, atacando sua organização espacial, o pessoal encarregado e a população nele internada, para mostrar que o hospício não cura e não produz conhecimentos. Embora, quando da sua fundação, tenha sido definido que só deveria receber loucos curáveis, "documentos médicos atestam uma maioria esmagadora de incuráveis". O Regimento de 1858 determina que não serão recebidos os idiotas, epiléticos, paralíticos, dementes, que se reputam incuráveis e

⁽²⁶⁾ A obra de Machado utiliza, em grande parte, textos produzidos pelos médicos do Hospício Pedro II. É surpreendente que tenham conseguido tal produção, quando se leva em conta o número de médicos do hospício.

podem viver inofensivos no "seio da sua família", mas o Pedro II abriga, na época, cegos, surdos, órfãos de servidores, etc. (Machado et alii, 1978, p.474)

Em 1877, ali se encontravam alienados de 1848. Em 1886 dois terços da população é de incuráveis. Loucos incuráveis e não loucos tiram o lugar dos possíveis curáveis, transformam o hospício em uma instituição caritativa que acolhe os que não podem exercer uma atividade útil. Estes doentes devem ter um lugar específico.

As funções específicas do Hospício Pedro II não correspondem à percepção social dos loucos. Os internos, em grande parte, são enviados para lá por terem se tornado incorrigíveis para a família e para a coletividade, quando as possibilidades de uma cura eram inexistentes.

A presença dos incuráveis, se bem que criticada, ainda não desvia a característica do Hospício como instituição para loucos. Mas a Santa Casa domiciliou as órfãs do seu Recolhimento de Órfãs no hospício e elas ajudam as irmãs.

A relação entre o Hospício, como prestador de um serviço, e os loucos ali internados é insuficiente qualitativa e quantitativamente. Mas a percepção social do louco fica aquém do poder disciplinador do hospício.

Assim o hospício acumula função de asilo para os que não tinham domicílio - crianças, velhos, vagabundos -, e de Casa de Correção, lugar para loucos criminosos e criminosos que enlouqueceram.

E a existência da população louca fora do hospício torna evidente a ineficácia da instituição que deveria tratar e abrigar os loucos.

A crítica à insuficiência ou ineficácia do Hospício aponta para uma exigência de multiplicação de instituições articuladas. Importante é criar hospícios, porém, de características diferentes.

No sentido de difundir a medicalização do louco, a crítica que se volta para o momento da admissão do louco é de particular importância: são abordados

problemas como o direito de seqüestração, relação entre o louco e a família, entre o louco e o Estado. A admissão torna-se o ponto crucial na crítica ao funcionamento asilar. É preciso conferir à psiquiatria mandato social de reconhecimento e destinação do louco, por uma lei, dando aos hospícios exclusividade de seqüestração do louco.

Os Estatutos de 1852 atribuem ao médico papel secundário na internação. A admissão do louco no asilo, bem como sua saída, são autorizadas por provedor, polícia, juiz, pai, mãe, irmão, cônjuge. Os Estatutos não dão ao médico poder absoluto sobre o louco e preservam a possibilidade de outras instâncias sociais decidirem sobre ele. (Machado et alii, 1978, p.478)

Os diretores médicos na segunda década pedem a reformulação dos Estatutos, sob o argumento do "caos científico e terapêutico" e lamentam a impossibilidade de aplicação da terapêutica. (In: Machado et alii, 1978, p.479)

Em artigos publicados em jornais, na década de 1880, Teixeira Brandão⁽²⁷⁾, exige a especificação precisa de quem pode internar um indivíduo. Exigência que não pode ser atendida simplesmente por uma reforma estatutária. Essa reivindicação, segundo Machado, não quer dizer que Teixeira Brandão estivesse propondo um modelo não asilar da gestão da loucura. Ao contrário, significa considerar o hospício a instituição fundamental para o louco e para a psiquiatria, instituição reguladora da percepção social da loucura. A ação de controle do asilo deve estender-se para todas as partes do país e todos os grupos sociais, todas cidades, ricos e pobres. E o momento da admissão é importante; concepção de um mandato de poder sobre o louco que deve ser dado ao médico. (Machado et alii, 1978, p.480)

O Hospício Pedro II interna pagantes, indigentes, protegidos, pessoas que adoeceram na Santa Casa, etc.

⁽²⁷⁾ Responsável pela introdução da psiquiatria Francesa no Brasil.

Pequeno em relação ao número de alienados, arbitrário porque regulado por outras categorias que não as da psiquiatria, usado pelo apadrinhamento político, o Hospício ainda permite arbitrariedade a nível do louco, da família, da administração, da prática psiquiátrica. Há ainda o problema do louco condenado pela justiça. Teixeira Brandão argumenta que: "A seqüestração do louco é feita em nome da defesa da ordem da coletividade. A iminência ou realidade de perturbação da ordem ou moral pública dá à autoridade o direito de seqüestração. Mas, em princípio, a seqüestração representa um atentado praticado contra o princípio da liberdade individual, base da organização social: é atentado às bases do contrato social, sendo, portanto, injusta. Necessária, mas injusta". (In: Machado e alii, 1978, p.482). Esta é a contradição que Teixeira Brandão procura mostrar às autoridades. Contradição que só poderá ser resolvida apelando-se para a psiquiatria, que transforma a reclusão em si negativa, em bem, em proteção do homem enlouquecido. E que faz da seqüestração um ato não arbitrário.

Mas, para tal, é necessário uma modificação: a psiquiatria deve ser transformada em instância definidora do estatuto do louco, como doente e como incapaz; sujeito de ser tratado e protegido. A condição para isso é o reconhecimento da psiquiatria e a definição da relação da família, da administração e do hospício com o alienista e com o alienado: a lei medicalizada pode resolver o problema.

A impossibilidade do louco ser definido como doente e como incapaz fica clara na luta contra a concessão de "habeas corpus" aos loucos. A incapacidade do louco deve ser cuidadosamente regulada para que não se transforme em possibilidade de atentado à liberdade individual.

Face à sua condição de incapaz, o louco deve delegar sua vida a um elemento idôneo - não é suficiente conferir-lhe o estatuto de doente, é fundamental dar a ele estatuto de menoridade e fazer desse aspecto uma mesma realidade -. (Machado et alii, 1978, p.483)

Em 1903, Teixeira Brandão, eleito deputado, consegue a aprovação da lei dos alienados. "Esta lei faz do hospício o único lugar apto a receber loucos, subordina sua internação a parecer médico" além de prever outras medidas regulamentando a psiquiatria no hospício e fazer da psiquiatria a maior autoridade sobre o louco, nacional e publicamente. (Machado et alii, 1978, p.484). A lei dá origem a debates, em que se coloca em questão a legitimidade da estatização do Hospício e o direito do Estado de intervir em um assunto como a loucura e os loucos. ⁽²⁸⁾

A psiquiatria aponta como seus inimigos as instituições clericais e os opositores das instituições republicanas e tem uma posição clara: a estatização é legítima, o que pode ser historicamente provado; a intervenção do Estado é necessária, e pode ser, política e economicamente, demonstrada.

Se, historicamente, o que se procura é provar a legitimidade da separação entre o hospício e a Santa Casa, a necessidade da presença estatal é politicamente defendida.

Dois aspectos se destacam na relação do Estado com os loucos: o primeiro a defesa da coletividade contra o perigo representado por esses, e o segundo a defesa dos próprios loucos contra os abusos que poderiam ser praticados pela coletividade, em virtude da incapacidade de auto-defesa do louco, no que se refere a sua pessoa e a seus bens. Mas a realidade estabelece as diferenças entre o louco pobre, que vaga nas ruas, e o louco rico que tem casa e bens. (Machado et alii, 1978, p.487)

E, é fundamental, quando se trata do louco, que qualquer oposição à sua proteção e tratamento deva ser ultrapassada: daí a necessidade de recorrer ao Estado "que deve se tornar superior à família, às confrarias, à qualquer estabelecimento particular". (p.488)

⁽²⁸⁾ A intenção de Teixeira Brandão era sem dúvida a de proteger o louco e dar-lhe tratamento. Em certa época, enviaram os loucos para a cadeia e ele ameaçou fazer motim junto com os loucos.

Enquanto Teixeira Brandão procura mostrar ao Estado as vantagens econômicas de uma boa gestão da loucura, a questão que se coloca é se o ônus representado pelos alienados é permanente e inalienável para o Estado. Considerando-se que a alienação mental tem maiores probabilidades de cura quanto mais cedo for tratada e que a demência permite, muitas vezes, uma longevidade excepcional, é negligência econômica o Estado só acolher o alienado quando ele está incurável, elemento social que se perdeu, colaborador de menos para o engrandecimento e prosperidade da riqueza pública.

Provando que ao Estado cabe a posse e a administração do Hospício e a necessidade de sua intervenção, para assegurar a proteção da sociedade e do louco, a psiquiatria procura garantir a sua escalada. Como instrumento neutro, a psiquiatria opõe-se à arbitrariedade possível daqueles que, ao se relacionarem com o louco só vêem o próprio interesse.

A questão que a República aprofunda e radicaliza em relação ao doente mental gira em torno do confronto entre a psiquiatria, que procura se implantar mais fortemente na sociedade, e as resistências à medicalização que, na época, são percebidas, não como oriundas do próprio louco, mas dos que, não tendo qualificação médica, vêm disputar o seu domínio. Trata-se, basicamente, portanto, de denunciar a arbitrariedade que caracteriza a reclusão do louco e a ela opor a cientificidade de uma gestão da vida do doente mental que leve em consideração a natureza específica da doença.

O poder médico critica a repressão. Seqüestra-se o louco, não para puni-lo, castigá-lo, mas para garantir os seus direitos ao mesmo tempo que para prevenir sua periculosidade: somente o Estado tem o direito de exercer, apoiado no saber e na prática psiquiátrica, o poder de seqüestro. Por outro lado, seqüestra-se o louco para submetê-lo a uma proveitosa experiência de disciplinamento fundada na ciência. Disciplinamento que somente a medicina psiquiátrica tem o direito de exercer, delegada pelo próprio Estado. Torna-se evidente que e a questão do louco

expõe as relações de poder de seqüestro e de repressão dos indivíduos: o poder de seqüestrar, justifica-se de acordo com a lei. E tanto o poder de isolar, quanto o poder de seqüestro são legitimados, técnica e cientificamente pela psiquiatria.

Por isso, a luta dos médicos não é a de legalizar a repressão, mas de medicalizar a legislação; medicalização da lei, condição de normalização do hospício, descoberto como anomalia institucional. Mas, até a República, segundo Teixeira Brandão, não há medicalização do Hospício nem do louco. (In: Machado et alii, 1978, p.490)

O discurso que critica a absurda e surpreendente realidade do espaço institucional reservado aos loucos, não cogita se este espaço institucional é público ou privado, e tem um caráter repetitivo: os princípios humanísticos são enfatizados para a reordenação terapêutica do hospício e os objetivos manifestos da instituição asilar, entre os quais exclusão repressiva, são omitidos. (Machado et alii, 1978, p.490)

O discurso psiquiátrico tem uma eficácia real, além de simbólica. E a sua formulação é estratégica. O ensino da psiquiatria e a formação de especialistas vai articular a importância teórica do trabalho clínico e administrativo, propondo novas formas de administração estatal.

Enquanto centro da psiquiatria do século XIX, o hospício tem em sua estatização uma conquista indispensável à estratégia de normalização social: substitui a ação negativa e de exclusão do louco pela positividade de uma vigilância ordenada. Mas Machado adverte que a demanda pela normalização do louco não é demanda do corpo social inteiro, mas de uma elite médica que se instala dentro e fora do Estado.

A obra de Machado e seus colaboradores, do mesmo modo que a de Foucault, tem por objeto, mais que a loucura e seus cuidados, a questão do poder. Poder sobre uma categoria de fatos que afeta, particularmente, uma categoria de pessoas, mas cujo desdobramento envolve toda sociedade e suas contradições.

Análise precisa dos documentos que contam a história da psiquiatria brasileira, a obra de Machado demonstra, com clareza, que o encarceramento dos loucos e sua submissão à disciplina do asilo deu-se pela necessidade do ordenamento urbano, antes que por razões humanitárias ou médicas. Mas esse encarceramento ocorre sob os auspícios da medicina, cujo saber tem a chave do hospício.

Os avanços da psiquiatria tornaram os procedimentos então adotados anacrônicos e a idéia de recuperação começou a ser levada em conta. Pouco depois da proclamação da República ocorre a laicização do hospício e a classe médica assume o controle das instituições psiquiátricas.

Nos primeiros anos deste século, observa-se uma grande atividade científica na psiquiatria, que se reflete nos novos modos de assistir os doentes mentais. Foi nesse período que começaram a ser criadas as colônias agrícolas em vários Estados, política que tem curso até 1954. Mas as intenções de cura e recuperação dos pacientes, contidas nas propostas de criação das colônias, continuaram a ser apenas intenções. E, de qualquer forma, a exclusão do louco continua: no hospício.

4. A tuberculose: doença-metáfora do século XIX

"Em cada época, em cada cultura, existe uma doença que mais assusta, por ser ela a mais letal, a mais perigosa, a mais feia, por sua vinculação a qualquer fator negativo de ordem biológica ou cultural, juntando um desafio objetivo a uma interpretação mais subjetiva, mas socialmente aceita. Aquela doença particular passa, então, a ser a "doença" por excelência, a representante do medo que ataca e ameaça a vida sadia e alegre: ela é a "doença por metáfora". (Lepargneur, 1987, p.133)

A lepra, por seu estigma e pelo pavor que inspirava, foi, na Idade Média, a "doença por excelência", referida pelo autor; a sífilis, a punição individual, imposta, pela cólera divina, à permissividade que caracterizava o Renascimento; a tuberculose foi a "doença" do século XIX e o câncer a do século XX. Ao final do século XX, a AIDS.

Há referências bastante antigas à tuberculose, que registram sua presença em época anterior a era cristã. Seus vestígios foram encontrados em esqueletos pré-históricos e em múmias egípcias. Textos indianos a mencionam e o Código de Hamurabi, do mesmo modo que a Bíblia, a registrava. (Montenegro, 1949, pp.3-8). Era conhecida entre os romanos e é referida por Plutarco, acerca de Sêneca que, de acordo com o depoimento de suas concubinas, estava tuberculoso quando foi condenado a morte e seus dias não seriam muitos. Textos antigos de Aristóteles, Galeno e Juvenal descrevem a tuberculose sem que, no entanto, seu caráter contagioso seja referido. Hipócrates descreve as suas características e sua evolução. Galeno antecipava milênios, quando recomendava o regime climático para o mal branco. (Ribeiro, 1956, pp.13-25)

Na Idade Média, envolvida nos véus do encantamento e da magia, não se encontram referências mais precisas sobre a tuberculose.⁽²⁹⁾

No século XVI, em Portugal, de acordo com Ribeiro, o médico Zacatus Lusitanus, de origem judaica, apoiando-se nas teses defendidas por um médico de Verona, J. Frascatur, defendia a idéia de que a tísica era contagiosa. (Ribeiro, 1956, pp.13-15)

A consciência do contágio não era, porém, unânime. A clínica ainda não se materializara, o que só iria ocorrer nos séculos XVII e XVIII, e os conhecimentos da medicina sobre a doença ainda não davam conta de sua contagiosidade.

A palavra tuberculose, do latim *tuberculum*, diminutivo de *tuber* - tumefação, intumescência, significa inchação, protuberância, projeção, crescimento mórbido. Mas o termo só se tornou restrito a doença que se conhece hoje, após a descoberta do bacilo de Koch, o que se deu em 1882.

⁽²⁹⁾ O Oxford English Dictionary, de 1368, registra a palavra *consumção* referindo-se à tuberculose. E o Dictionnaire de l'ancienne langue française de Godefroi cita o *praticum* de Bernard de Gordon (1495): "Tisis, c'est une ulcere de poimon que consume tout le corps". (In: Sontag, 1984, p 15)

Dois aspectos são identificados na caracterização da tuberculose: sempre foi entendida e vista como uma doença e foi reconhecida, por longo tempo, como uma mal específico dos pulmões.

A tuberculose foi a doença metafórica do século XIX, conforme a concepção de Lepargneur. Ocupa um lugar de destaque, não só no quadro epidemiológico como, também, nas representações e fantasias das pessoas. Embora, no século XX, ainda seja virtualmente importante, já não mais preenche as condições de doença - metáfora, como o foi no século anterior.

Doença considerada incurável, ou cujas probabilidades de cura eram remotas, relacionada a uma morte romantizada, assumida em alguns casos, em outros casos negada, semeou heróis na literatura, no teatro, na música, na poesia. Apresenta-se plena de características ambivalentes: os contrastes entre rubor e palidez, hiperatividade e prostração; como doença de rico, - o poeta, o boêmio, a jovem contrariada em seus amores - e, em contrapartida, também como doença de pobre, - a costureirinha, as pobres crianças, as mãe trabalhadoras e os pais operários doentes, figuras tristes de tantas histórias. A doença do século XIX contém e refletem as contradições que se produzem nesse período histórico: o crescimento vertiginoso da economia, produto do capitalismo emergente; o aumento das populações e sua transferência para as cidades, o avanço dos conhecimentos científicos. Representação de uma época, configura os dois lados da sociedade capitalista: o pobre e o rico, ambos susceptíveis de adoecer, ambos mortais, porém cujas histórias de doença vão ser diferenciadas. (Barreira, 1992, p.21)

E é nesse cenário, conturbado mas romântico, do século XIX, que nas artes - na literatura - mais que na ciência - na medicina - a tuberculose vai ser descrita, como um símbolo metafórico do próprio século. A evolução lenta, prolongada da doença permitia a "criação de história romântica" que se completava na imagem diáfana, lírica e plena de sentimentos de morte. A imagem

cinematográfica de Greta Garbo, na Dama das Camélias, em preto e branco, representa a idéia do romantismo que serve de fundo à tuberculose, em seu mais acentuado significado. (Barreira, 1992, p.23)

A descoberta do agente etiológico da tuberculose, o Bacilo de Koch, produz uma mudança: refuta, dentro de um referencial científico aceito e acatado, no arcabouço da microbiologia nascente, as teorias que explicavam a doença pela hereditariedade. Conceitos como "família de tuberculosos", "biotipo", "temperamento romântico e sensível" são questionados. A tuberculose é causada por um micro-organismo, um agente estranho ao corpo, uma causa exterior ao indivíduo. E o herói e heroína românticos são fontes de contágio, riscos para os outros. A representação da tuberculose se modifica e isso muda a relação das pessoas com ela, tanto os contatos imediatos, os familiares, como as demais pessoas, num sentido mais amplo, a sociedade. A doença deixa de ser a expressão de um valor romântico para tornar-se um risco

A ocorrência da tuberculose não é mais um castigo de Deus, uma provação que os pacientes devem suportar com resignação. O mito perde parte de sua fantasia.

As transformações que ocorrem na sociedade, resultantes do crescimento do capitalismo industrial, refletem-se ao nível das relações sociais, principalmente aquelas inerentes ao processo produtivo. A população aumenta, as cidades tornam-se maiores e mais populosas, a ciência e seu aparato de sentido prático permeiam a vida das pessoas, as relações no âmbito da família, do trabalho, são renovadas. As formas de organizar a vida produtiva transformam-se e, no mesmo processo, mudam, também, os modos de se perceber e de elaborar as imagens dos próprios modos de viver. São novos os sentimentos, as representações e as idéias. Os padrões culturais que mediatizavam o sistema de relações sociais anterior não mais atendem às necessidades. A cultura de uma época é paulatinamente substituída.

A exploração, própria do processo capitalista que se instaura, transplanta para as cidades as populações rurais, para viverem aglomerados em cortiços, mas onde sua força de trabalho pode ser melhor utilizada. Homens e agora, também, mulheres e crianças são submetidos a penosas condições de trabalho, tornando toda a população trabalhadora vulnerável à tuberculose. Os proletários, porque adoecem mais são considerados fontes de contágio. O mito dos pobres causadores de doença, riscos para os demais, é construído.

Mas o capitalismo industrial, constitui, também, um novo estágio do progresso humano, progresso científico, tecnológico e de idéias. A sociedade capitalista contraditória e dividida, vai ser delimitada na visão objetiva de Augusto Comte, que identifica, ordena e classifica o fato social; interpretada pelo evolucionismo de Darwin; explicada pelo socialismo científico de Marx e Engels, que reconhecendo a dimensão histórica do conhecimento, formulam uma nova ciência, ou um novo marco para a sua construção, o materialismo histórico.

Na medicina, um fluxo de novos conhecimentos ratifica a explicação orgânica das doenças, com o desenvolvimento da fisiologia e da medicina experimental, estabelecidas por Claude Bernard, que renova a pesquisa médica. (Quevedo, 1989)

A descoberta dos microorganismos e o estabelecimento de uma explicação causal para a etiologia das doenças, dão origem a construção de um novo paradigma: a etiopatologia unicausal e, em decorrência, a aplicação à doença da lógica racional que identifica o problema e conduz ao tratamento, ou seja, à sua solução.

A identificação do agente etiológico e das formas de contágio transformam as relações com as doenças: no caso da tuberculose, o medo determina novas medidas de intervenção, medidas que interferem na vida das famílias, - a separação dos membros doentes, a estigmatização que impede o casamento. Mas, quanto ao tratamento, ainda se pauta na visão vitalista, no regime higiênico-dietético. E o

estigma assume o seu lugar nas representações da doença. Ressalve-se que a estigmatização vai tornar-se mais acentuada quando a força da propagação da doença já se encontrava em declínio.

O discurso que ordena e conduz o pensamento e as ações das pessoas em relação à tuberculose tenta demolir todas as demais concepções sobre a doença que desqualificam o seu status de cientificidade. O modelo que explica a doença pela lesão anátomo-fisio-patológica, torna-se hegemônico. E dentro desse novo modelo constroem-se os novos saberes e práticas que vão orientar as ações de saúde em geral, dar novo significado às formas de intervenção nas doenças infecto-contagiosas e, do mesmo modo, nos modos de ver e interferir na ocorrência da tuberculose.

Os novos conhecimentos da medicina, de que derivam medidas de intervenção coletivas, são desde logo, apropriados pelas autoridades sanitárias, que precisam, urgentemente, atender às demandas da sociedade urbana em expansão. As cidades, que com o desenvolvimento industrial tornaram-se centros de produção, tornaram-se, também, pelo acúmulo de população, centros onde se desenha um novo perfil epidemiológico, dentro do qual os trabalhadores industriais têm um lugar especial por terem "a tendência a ficarem fracos do pulmão". O discurso higienista, responde a essa nova demanda: ambivalente, ao mesmo tempo normatiza, persuade e promete saúde e prosperidade à família, dita normas, controla e ameaça.

Para as autoridades sanitárias o tuberculoso representa uma ameaça à coletividade e, portanto, deve ser segregado em hospitais de isolamento, as crianças devem ser retiradas do seu convívio e levados para os preventórios. Caso não cumpra os preceitos higienistas, o doente será considerado ignorante, mal educado, não colaborador, rebelde, anti-social, culpado pela doença, a sua e a dos outros.

Para o capitalista, o trabalhador tuberculoso, além de força de trabalho empatada, um peso inútil para a sociedade, representa o risco de disseminação da

doença entre os demais trabalhadores. Por isso deve ser afastado do local de trabalho. Deve ser tratado e, se recuperado, deverá voltar ao trabalho.

As precárias condições de saúde das massas proletárias urbanas tornam-se visíveis e dessa visão emergem os conceitos de medicina voltados para o coletivo como a polícia médica da Alemanha e a idéia de um Estado não tão neutro nem tão liberal, mas já responsável pelo bem estar, um Estado que interfere, que coage. Um Estado que assegura bem estar e saúde, mas propõe medidas que regulam a vida. E o saber médico contido no discurso higienista será utilizado para com fins explícitos de proteger a saúde, normatizar a vida dos indivíduos e das famílias.

É quando a medicina se bifurca: de um lado as medidas sanitárias, controladoras, reguladoras da vida, voltadas para um coletivo que até hoje diz respeito aos pobres, e de outro a assistência curativa, que trata as doenças. E, então, o Hospital, antes lugar de morte, passa a ser o lugar onde as pessoas vão buscar a vida, vão curar-se.

O reconhecimento do contágio, comprovado pela bacteriologia, é objeto de resistência ideológica. "Os dados da observação empírica são refutados por argumentos ideológicos. O meio científico conservador tenta preservar reputações, defendendo teorias como a da geração espontânea e dos miasmas; pensadores e políticos defendiam a liberdade individual contra a ampliação do poder do Estado". (Lepargneur, 1987, pp.172 e segs). E o risco do contágio foi, em muitas ocasiões, ocultado para evitar que as famílias fossem tentadas a se desembaraçar dos doentes.

Em 1882 R. Koch, define a tuberculose como entidade nosológica, identifica o seu agente causal e estabelece os postulados da teoria microbiana da doença.

A descoberta de Koch foi um marco fundamental para o conhecimento da contagiosidade da doença e para o fortalecimento da teoria da transmissibilidade das doenças. As tentativas em busca de medidas de controle e tratamento

específico da tuberculose, que se desenvolveram a partir dessa descoberta, não tiveram êxitos significativos.

A comunicação de Koch sobre a sua descoberta faz referência à magnitude do problema de saúde pública que a doença representa: "as estatísticas mostram que uma sétima parte dos homens morrem de tuberculose e que se considerarmos apenas as idades produtivas, a tuberculose alcança um terço deles". Koch esclarece, também, os modos de transmissão da doença: "a grande maioria dos casos de tuberculose inicia-se no trato respiratório, [...] é assim provável que os bacilos sejam aspirados com o ar, [...] não pode haver dúvida sobre a maneira pela qual eles passam ao exterior, considerando o número excessivo de bacilos de tuberculose presentes nas cavidades que são expectorados pelos tísicos e espalhados por toda a parte". (FIOCRUZ, 1983, In: Barreira, 1992, p.28)

A questão se define no modelo racional problema-solução e na concepção do homem em luta com o meio. Da convicção de que a tuberculose é uma doença infecciosa simples, estabelecida de modo definitivo entre os médicos, derivam os modelos adequados de intervenção que se desenvolverão por si mesmos, expectativa que continha um otimismo infundado.

Conquanto os conceitos de hereditariedade, predisposição tenham permanecido no imaginário das populações, vão pouco a pouco perdendo a força. O regime higiênico-dietético prevalece, fundamentado em uma concepção dinâmica de saúde, que propõe um equilíbrio e/ou harmonia das forças vitais do homem.

As descobertas da medicina e da biologia reforçam o modelo biomédico, que explicam a doença nos limites da lesão anatomopatológica. As bases de cientificidade com que se apresentam as pesquisas médicas e as descobertas da bacteriologia revestem esses conhecimentos de um caráter de verdade incontestada. As dimensões psicológicas e sociais são reduzidas à função de condicionantes ou de fatores e até de contaminantes. "Assim é que cada diagnóstico é elaborado mediante a redução do fenômeno a dimensão biológica." [...] "o homem doente é

reduzido a ele só, e despido de todas as concepções que dão significado à sua vida". O biologismo permite estabelecer as relações adequadas entre o agente de trabalho médico e a doença, ou seja, permite definir sua capacidade de individualizar o seu objeto no homem doente, rompendo legitimamente as relações que mantém consigo mesmo e com os outros homens. O biologismo torna-se fundamental à estruturação da prática médica. A epidemiologia conserva o enfoque biologista da clínica, ao reduzir o social ao coletivo, entendido como conjunto de indivíduos e como conjunto de efeitos sobre os indivíduos, mediado, ou não, pelo ambiente, produzido e reproduzido em sua prática coletiva". (Gonçalves, 1985, pp.46 e segs.)

Essa concepção biológica expande-se do indivíduo-doente, objeto da clínica, ao coletivo, no enfoque epidemiológico, conjunto de indivíduos ou de efeitos sobre os indivíduos em sua relação com o ambiente.

E, em obediência a esses pressupostos, os tuberculosos foram para o sanatório.

4.1. A tuberculose no Brasil: das Ligas de Combate à Tuberculose à Campanha; surgimento, apogeu e ocaso do sanatório

A tuberculose, no Brasil, chegou com o colonizador. Do mesmo modo que ocorreu com a lepra, não há indícios confiáveis de que tenha existido tuberculose entre os silvícolas antes do descobrimento.

As primeiras crônicas sobre a nova terra, contém inúmeras referências ao aspecto saudável dos silvícolas e a salubridade dos ares da nova terra. E o P. Manoel da Nóbrega, que teria sido um dos primeiros tuberculosos a chegar ao Brasil, recomendava, em carta, a vinda de irmãos fracos para aqui se restabelecerem. E foi assim que muitos religiosos atacados de tuberculose, que era bastante comum na Europa, em todas as camadas, inclusive entre os religiosos,

vieram para o Brasil. "Muitos membros da Companhia de Jesus chegaram ao Brasil sofrendo de tuberculose, vindo a difundir o germe que, em pouco dizimara as populações indígenas, virgens ainda dessa praga que a civilização conduzia por toda a parte". (Ribeiro, 1956, p.13-25)

A doença e sua relação com a catequese foi interpretada, segundo o quadro cultural de cada grupo, colonizadores, entre os quais os jesuítas, ou os índios. Enquanto para os pajés, os jesuítas eram os causadores do mal, para estes a doença era um castigo de Deus, um meio de purificação. Concepção da doença e de suas causas, que, vinda da Idade Média, será efetivamente negada com a era bacteriana, mas que ainda estará presente, subjacente, no ideário do século XX.

"E os padres e missionários doentes iam disseminando a doença junto com a fé". (Ribeiro, 1956, p.25). Os índios atribuíam aos jesuítas e ao Deus que eles pregavam a disseminação da doença e temiam o contágio. Índios e africanos eram virgens do bacilo da tuberculose, portanto, mais vulneráveis e, além disso, "aqui chegando, (os africanos) extenuados pela longa travessia, desnutridos e depois com uma carga de trabalho excessiva e habitação insalubre, ao entrarem em contato com o europeu e com o bacilo da tuberculose, eram, também, por ele dizimados sob forma de epidemia". (Ribeiro, 1956, p.25) ⁽³⁰⁾

Embora presente no Brasil desde os primeiros tempos do período colonial, não há referências de que a tuberculose tenha recebido atenção especial dos governos da Colônia. Atenção que se verificou com relação à lepra e a febre amarela, objeto de medidas especiais, por ocasião de epidemias.⁽³¹⁾ (Conf. Machado, R. 1978)

As Santas Casas de Misericórdia, modelo de estabelecimento já adotado na Europa, fundadas no século XVI, constituíram, durante muito tempo, na colônia, o

⁽³⁰⁾ Vale lembrar que esse comentário refere-se a uma época - século XVI- em que o bacilo da tuberculose e a contagiosidade da tuberculose ainda eram desconhecidos e eram outras as explicações sobre a doença.

⁽³¹⁾ Conf. Machado, R. et alii, 1978.

único recurso efetivo de atendimento a todos os doentes, não só dos tuberculose.⁽³²⁾

E nos primeiros anos da colonização, os tísicos foram tratados em enfermarias gerais da Santa Casa.

Em 1835 a quinta parte dos pacientes da Santa Casa sofria de tuberculose. De 1855 a 1858 14,4% dos óbitos ocorridos no Rio de Janeiro foi devido a tuberculose. (Ribeiro, 1956, p.50). E até os fins do século XIX, a tuberculose era a maior responsável pela mortalidade na cidade do Rio de Janeiro e, aparentemente, distribuía-se igualmente por toda a população. (Nascimento, 1991, p.8).

Em 1883, foi levantada novamente a necessidade do isolamento dos tuberculosos. Nesse período foi criada uma enfermaria especial para os tísicos que funcionou por pouco tempo.⁽³³⁾

Ao final do século, os tuberculosos haviam voltado para a enfermaria da Santa Casa.

A República consagrou as idéias positivistas de ordenamento da sociedade e com elas o entendimento de que, para manter e tratar "o status quo", as classes privilegiadas devem socorrer os despossuídos. E assim, a filantropia mobiliza-se para combater a doença. Começa a gestação das idéias que, mais tarde, serviriam de base à luta contra a tuberculose, primeiro no âmbito da sociedade civil,- onde a filantropia assume o caráter de Ligas Contra a Tuberculose -, depois sob a forma de intervenção pública, na vaga do projeto higienista, importado da Europa, onde, em vários países, já haviam sido fundados sanatórios. (Barreira, 1992, p.35)

As Ligas de Combate Contra a Tuberculose são fundadas no Rio de Janeiro e em S. Paulo, e, mais tarde nos demais estados, sob a mística da guerra Santa, da Cruzada, mística que contém uma ideologia não explícita: a compreensão

⁽³²⁾ A Santa Casa de Santos foi fundada em 1543, a da Bahia, em 1549 e a do Rio de Janeiro, 1570.

⁽³³⁾ Anote-se que o discurso médico de então responsabilizava as mães e as amas de leite pela continuidade da doença nas novas gerações, não pelo contágio, mas pelo leite.

de que havia necessidade de atender, pelo menos ao nível da sobrevivência, as classes proletárias para garantir que tudo permanecesse do mesmo modo, isto é, que o sistema de classes não fosse alterado.

E a base da luta, no discurso de ambas as Ligas, do Rio de Janeiro e de S. Paulo, são os sanatórios, que seriam construídos e mantidos no mesmo sistema das Santas casas, ou seja a filantropia, subsidiada pelos poderes públicos. Tanto a Liga de São Paulo como a Liga Brasileira colocavam o Sanatório como a base do programa de combate à tuberculose.

A construção de sanatórios era considerada, pela Liga, fundamental para o combate à tuberculose. A Liga procurou criar sanatórios e dispensários, mediante contribuição popular. Não conseguiu, porém, concretizar a construção dos primeiros. (Nascimento, 1991, pp.43 e segs.)

E ainda que constasse no Estatuto da Liga o objetivo de fundar um ou mais hospitais, "não transparece em seus relatórios nenhum movimento no sentido de assumir esta tarefa". (Nascimento, 1991, pp.43 e segs.)

Apesar disso, o que se concretizou primeiro foram os dispensários de tuberculose com atividades de diagnóstico, tratamento ambulatorial, distribuição de medicamentos, escarradeiras de bolso, roupas e alimentos.

Resolução do 4^o Congresso de Medicina e Cirurgia, realizado no Rio, em 1899, "apontava para a necessidade de criar sanatórios para tuberculosos, entendendo-se como a medida eficaz para impedir a difusão da doença". A organização da Liga Brasileira Contra a Tuberculose, que teve aí o seu início, propunha-se implantar no país os meios de "cura e profilaxia da tuberculose, pautados na ciência moderna". Propósito que devia ser cumprido baseado, entre outras ações, pela "construção de sanatórios onde o tuberculose encontrasse sua cura pela alimentação, aeração e repouso". (Nascimento, 1991, p.41)

As propostas da Liga eram dirigidas aos Hospitais Gerais da Cidade, principalmente à Santa Casa, para os quais recomendava o isolamento, ou dirigida

ao governo. O relatório de 1905, reclama a criação de hospitais e insiste em que os tísicos não devem ficar nos hospitais gerais.

A influência direta das Ligas sobre a legislação municipal relativa a tuberculose foi ampliada, disciplinando o comportamento das pessoas em geral, cerceando as atividades dos doentes de tuberculose.⁽³⁴⁾

Barreira entende que as "as representações sociais da tuberculose, aliadas a inexistência de recursos tecnológicos eficazes para seu tratamento, levam ao desenvolvimento do tratamento higiênico-dietético e, depois, à institucionalização dos sanatórios". (Barreira, 1992, p.38)

Mas a questão em debate, quando da fundação das Ligas, se define também, segundo Nascimento, (1991), no âmbito da discussão da assistência pública e privada, como práticas para o tratamento das questões sociais derivadas da desigualdade.

E, logo de início, a Liga buscou assegurar o apoio dos poderes públicos para a sua ação, encaminhando, cartas a um grande número de pessoas, justificando a sua proposta e explicando os seus objetivos, entre os quais se destacava a luta pela construção de sanatórios.

De acordo com Nascimento, a direção e execução do combate à tuberculose, até a década de 20, ficou basicamente a cargo da Liga.

O que distingue, no caso da tuberculose, os sanatórios dos hospitais é que nos sanatórios internava-se o doente considerado incurável e, portanto, o objetivo era somente isolá-lo e, com isso, evitar a propagação da doença. Como a fundação de sanatórios revelou-se difícil, a Liga "amplia o trabalho dos dispensários", que enfatizam a educação higiênica e passa a agir, principalmente, como agência de propaganda. (Nascimento, 1991, p.74 e pp.61-64)

⁽³⁴⁾ Foram estabelecidas penalidades a quem escarrasse nos lugares públicos, o que contribuiu para acentuar o estigma contra a doença. (Barreira, 1992, p.35-36).

Mas fica constatado que a fonte de recursos da Liga eram, segundo Nascimento, as subvenções públicas. Nascimento reconhece ser esta uma "prática comum do Estado: não assumia a responsabilidade de solucionar a questão social; não definia políticas públicas que a contemplasse; privilegiava o repasse de recursos para instituições privadas de assistência". Para a autora, embora o trabalho da Liga não tivesse sido eficaz para produzir efeito nos índices de mortalidade da tuberculose, foi fundamental para tornar a doença uma "questão pública". (Nascimento, 1991, p.67)

E os documentos encaminhados às autoridades colocam em evidência as suas diretrizes, entre elas isolar tuberculosos adiantados, por terem se tornado riscos para os demais e não disporem de meios para tratamento conveniente em domicílio. Mas nem o bom tratamento, nem o isolamento dos tuberculosos tornaram-se realidade. Ao fim da segunda década deste século, já se instaurava um debate cívico pela melhoria das condições de saúde da população brasileira, inserido em um movimento político e ideológico da construção da nação, que trazia em seu interior a necessidade da intervenção do Estado na área da saúde, de uma forma global e permanente. (Nascimento, 1991, pp.91- 93)

Nos meados do século XIX, quando o romantismo chegara ao Brasil, e com ele as imagens construídas sobre a tuberculose, a doença já estava disseminada em todas as classes sociais.

A virada do século trouxera novos conhecimentos sobre a doença. A descoberta do agente etiológico e dos modos de contágio mudou a representação da doença: passa-se da visão romântica para uma visão científicista. E na visão do doente e da doença como objeto da medicina, coexistem as orientações teóricas distintas, presentes no ideário do início do século: a abordagem vitalista e holártica, representada pelo regime higiênico-dietético; a abordagem biomédica que, hegemônica, utiliza-se dos recursos da ciência e da tecnologia para intervir no

corpo; e a abordagem psicanalítica, segundo a qual a doença seria a manifestação física de uma necessidade psíquica não atendida.

Ao longo do século, o romantismo que permeava o imaginário referente à doença vai sendo depurado. No decorrer das primeiras décadas do século XX, observa-se uma mudança nos conceitos e procedimentos de intervenção em relação à tuberculose. A crescente difusão das informações sobre o modo de transmissão da enfermidade e as repercussões do movimento higienista e eugênico agravam os receios e as restrições às pessoas tuberculosas. Nesse contexto o modelo biomédico, que já detém a hegemonia do conhecimento e das práticas de intervenção, conduz as ações e consegue demolir as concepções explicativas incorporadas no ideário das pessoas comuns.

Da segunda metade do século XIX às primeiras décadas do século XX, um conjunto de fatos estabelecem as condições para a implantação do que se representa como Campanha Sanitária. Condições que dizem respeito às descobertas no campo da microbiologia, à invenção de instrumentos de intervenção dela derivados e à possibilidade da formulação de um programa de saúde pública que não estabelecesse uma relação direta entre a doença e as condições sociais e políticas. Isto é, um programa que pudesse ser referido à idéia de neutralidade científica, inerente ao paradigma positivista em voga.

Com a difusão do conceito de polícia médica, a concepção militar é aplicada à saúde pública. Dentro dessa concepção, justificavam-se o uso da coerção para o alcance dos objetivos da saúde pública e de uma pedagogia normativa, que enquadrava e culpabilizava os que não seguissem os preceitos higiênicos. A representação imaginária do pobre é de um suspeito em potencial, seja como portador de germes, seja como possível criminoso, o que justifica a aplicação de uma pedagogia totalitária, que pretende impor hábitos de higiene. (Barreira, 1992, p.50)

A saúde pública que se organiza, no início do século, sob responsabilidade governamental, tem nítida influência européia. É uma saúde pública cujo conteúdo médico se reveste operacionalmente de uma linguagem militar e identifica um inimigo externo que deve ser combatido com armas e estratégias militares. A descoberta de agentes etiológicos específicos, micróbios causadores de doenças, introduz uma nova concepção de causa, identificável e, sobretudo, externa, concepção que respalda a nova estratégia.

As ações sanitárias identificadas com terminologia militar, tomam a forma de campanha, luta, combate, nos quais são empregadas armas e estratégias. A doença, ou o seu causador, o micróbio, é um inimigo, a ser aniquilado contra o qual se usa todo um armamento. No caso das doenças transmissíveis, o que aparece é a "metáfora da guerra". O campo da Saúde Pública transforma-se num campo de batalha. No domínio médico, que acompanha as ações sanitárias, os termos como Campanha, luta, estratégia, combate, batalha, não são empregados como simples analogia: supõem e implicam uma concepção do espaço social, (com a) valorização do espaço interior e a conquista ou eliminação ampliação dos de "fora". (Garcia, 1989, p.195)

As medidas contidas no Plano de Ação proposto por Oswaldo Cruz, Diretor Geral da Saúde Pública de 1903 a 1908, com relação à tuberculose, reivindicavam uma legislação que desse maior poder de polícia aos agentes para intervir nos domicílios e nos estabelecimentos comerciais e educacionais, quartéis e indústrias. Propunham, também, a construção de hospitais, sanatórios, desinfetórios e habitação para os proletários, aposentadoria dos operários tuberculosos e seguro contra a doença. (Ribeiro, 1956, pp.84-86). Nas "Instruções da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) de 1902, a "tuberculose aberta" aparece como doença de notificação compulsória. Medida que é mantida no Regulamento Sanitário de 1904. ⁽³⁵⁾ O mesmo decreto trata ainda do isolamento

⁽³⁵⁾ Decreto N^o 5.156, de 1904.

nos hospitais: "A Diretoria Geral de Saúde Pública entender-se-á com as administrações dos referidos hospitais a fim de obter o isolamento, tão completo quanto possível, dos tuberculosos hospitalizados". "O conjunto de medidas que, articuladamente, segundo ele dariam conta da luta ao bacilo, tem na notificação compulsória de todos os casos (e não somente a tuberculose aberta), a base fundamental". (Nascimento, 1991, pp.19 e 21)

Oswaldo Cruz reconheceu a tuberculose como um problema de Saúde Pública, embora de natureza distinta das doenças tropicais, que "mata mais pessoas do que todas as epidemias juntas; as outras aparecem, fazem muitas mortes, depois acabam, mas a tuberculose mata o ano inteiro, sem cessar um dia". (Ribeiro, 1956, p.84). O controle das epidemias como a da febre amarela desvelou a gravidade do problema da tuberculose, cuja prevalência se distribuiu de modo diferenciado na população. As condições de vida delineiam o novo perfil e a classe trabalhadora aparece como a principal vítima.

O plano de Oswaldo Cruz não foi levado a cabo. A verdade é que não havia as condições políticas favoráveis para sua implantação; e, sobretudo, ainda não haviam sido desenvolvidas tecnologias aplicáveis a nível de massa, que dessem conta do problema, como ocorrera para outras doenças infecciosas. A simples descoberta do agente microbiano da doença não era suficiente para a solução do problema. E, em 1906, o então presidente, Rodrigues Alves "solicita ao Congresso Nacional, medidas legais e orçamentárias para a hospitalização dos tuberculosos indigentes". (Nascimento, 1991, pp.19-20)

Em 1914, por proposta da Santa Casa, funda-se, no Rio de Janeiro, um Hospital especial para tísicos, o Nossa Senhora das Dores. E nos anos seguintes, são fundados hospitais em várias capitais.

Embora o tratamento hospitalar só venha a ser definido formalmente como ação para o tratamento da tuberculose na década de 20, além do Nossa Senhora das

Dores, havia enfermarias nos hospitais gerais e um hospital para tuberculosos pobres em Jacarepaguá. (Ribeiro, 1956)

Com o fim da primeira guerra mundial e a Revolução Russa de 1917, a preocupação com a questão social é colocada no contexto internacional. Mas, somente na década de 20 as condições político sociais vão permitir o lançamento de uma campanha de combate da tuberculose. Há uma visível relação entre o processo pelo qual a tuberculose se torna objeto da saúde pública e o fortalecimento da classe operária, que vinha de ocorrer nos anos anteriores. (Barreira, 1992, p.51). No Brasil, a movimentação da classe proletária adquire nítida feição política, passando a exercer pressão sobre o governo por uma redefinição da papel do Estado na questão social. Acrescenta-se, ainda, a epidemia de gripe, que em poucos meses matou mais de 10.000 pessoas e colocou em evidência a precariedade dos serviços públicos.

A Reforma Sanitária - Reforma Carlos Chagas-, no início dos anos 20, foi uma resposta governamental à evidência da falência dos serviços públicos e à pressão popular. E, certamente, contempla, na sua formulação, entre outros componentes, o movimento sanitarista, que à época, ganhara espaço a nível político e os movimentos operários citados, que haviam se desenvolvido no Brasil e que punham em foco a questão social.

Entre as medidas contidas na Reforma Carlos Chagas inclui-se a criação da Inspeção de Profilaxia da Tuberculose, que tinha, entre outras atribuições o registro de casos notificados, a instrução higiênica do povo e o isolamento hospitalar ou domiciliar dos tuberculosos. (Nascimento, 1991, p.99). Organizada sob influência sanitária francesa, caracterizada pela multiplicidade de serviços especializados, numa organização tipo "arquipélago", sendo que os dispensários incluíam a assistência aos doentes. O teor das atribuições da Inspeção evidencia, por um lado, o que parece hoje uma valorização indevida do contágio indireto (alimentos, papéis), e por outro, o estigma que cercava a tuberculose: a notificação

compulsória não foi incluída entre aquelas de determinações. A ocorrência de casos de tuberculose em todas as classes sociais, teria impedido a inclusão dessa medida entre aquelas determinações. (Barreira, 1992, p.54)

A concepção que permeia o discurso que define as atribuições da Inspetoria aponta para um conceito de saúde pública, no qual a autoridade sanitária elabora pautas de conduta, partindo do pressuposto de que as populações pobres ignoram como devem conduzir a sua própria vida. Para que aprendam a se comportar adequadamente com relação à saúde, devem ser submetidas a um processo de pregação e de persuasão, nomeado pelo eufemismo de educação sanitária. A resistência oposta às práticas ditas educativas impõe a mudança de estratégia e a utilização de meios coercitivos, "passando-se, então, ao terreno da polícia sanitária". (Barreira, 1992, p.55) ⁽³⁶⁾

Observa-se, também, que a importância do contágio ainda não era objeto de um consenso mesmo entre os especialistas, havendo os que não lhe atribuíam um papel de relevo na ocorrência da doença. (Nascimento, 1991, pp.99-100)

Na década de 30, com o governo Vargas, um novo sistema político é instalado. Um sistema que intervém nos Estados: os governadores, designados pelo Presidente, eram chamados interventores. Desenha-se um Estado mais forte, centralizador. Entre as medidas sanitárias do governo Vargas, destaca-se, por sua importância no tema tratado, a criação e reorganização do Departamento Nacional de Saúde. ⁽³⁷⁾

A reorganização do DNS, na chamada Reforma Barros Barreto, dava prioridade ao controle e à vigilância das doenças transmissíveis. Entre os órgãos criados pela Reforma inclui-se o Serviço Nacional de Tuberculose. O programa de

⁽³⁶⁾ Aliás, essa era, ainda, com algumas ressalvas, a concepção subjacente aos modelos de educação em saúde veiculados no Brasil até a década de 60.

⁽³⁷⁾ O Departamento Nacional de Saúde, foi reorganizado pelo Decreto Lei Nº 31.714/41. O decreto foi regulamentado no ano seguinte pelo Decreto Nº 8.674/42. (Barreira, 1992, p.61)

trabalho, elaborado por seu primeiro diretor, Samuel Libânio, assumia os pressupostos que já vinham sendo desenvolvidos ao longo das décadas anteriores: a curabilidade da doença, se tratada precocemente; a influência das condições sócio-econômicas na sua ocorrência; o contágio e a detecção de casos.(Barreira, 1992, p.63)

As medidas propostas compreendiam ações derivadas daqueles conceitos e delimitadas pela tecnologia de terapêutica disponível. Assim, a detecção dos casos para o tratamento precoce justificou o estabelecimento do cadastro de massas populacionais, utilizando a roentgenfotografia, a "abreugrafia", desenvolvida por Manoel de Abreu e utilizada nos centros de saúde do Rio de Janeiro a partir de 1937. A preocupação com o afastamento dos focos de doença incluía a construção de sanatórios. Seja porque a "dotação orçamentária fosse insuficiente, ou por outras razões não explicitadas", o diretor do SNT incluiu em seu programa a construção de pavilhões anexos aos hospitais gerais das cidades do interior.(Barreira, 1992, p.64)

As primeiras décadas do século haviam tornado evidente que o modelo problema-solução, aplicável à maioria das doenças infecciosas, consistindo na identificação do agente, descoberta da vacina e do tratamento específico, e implementação dessas medidas à nível da massa dos susceptíveis, não era aplicável à tuberculose e a outras doenças crônicas, cujo perfil epidemiológico não se comportava da mesma maneira que o das doenças infecciosas de evolução mais curta.

Em fins de 1945, por sugestão do Ministro Souza Campos, a luta contra a tuberculose é incluída no programa do governo.

Em 1946 a descoberta da estreptomicina, o primeiro antibiótico eficaz contra a tuberculose, é divulgada nos Estados Unidos. No mesmo ano, pelo decreto N^o 9.387/46, é instituída a Campanha Nacional Contra a Tuberculose. A Campanha integra um conjunto de medidas de intervenção governamental na área

social, que se forjaram no âmbito da conjuntura política e econômica do após guerra e que transcendem os limites nacionais.

Segundo Barreira a proposta tinha como pressuposto básico "a valorização da saúde do trabalhador e de sua família como direito devido à sua condição humana, como questão de justiça social e como necessidade econômica para o progresso da nação, bem dentro da teoria do "capital humano". (Barreira, 1992, p.70)

Os estudos que subsidiam a luta contra a tuberculose a ser empreendida pela CNCT desenham o perfil da doença em todo o país e destaca, entre os pontos fundamentais do Plano: "isolar 22.000 focos; suprir um déficit de 14.000 leitos; e criar um modelo de sanatório popular de baixo custo e de fácil adaptação aos variados ambientes do país, e que oferecesse condições mínimas de conforto e funcionamento". (Barreira, 1992 p.71)

Mas, já no processo de sua constituição a Campanha compreendia duas correntes distintas: a corrente favorável ao dispensário que se baseava na hipótese de que se poderia descobrir, mediante cadastro torácico em massa, a maioria dos casos em um estágio menos avançado da doença, o que aumentaria as chances de sua recuperação; e a corrente favorável ao sanatório, que alegava a necessidade de interromper a cadeia de transmissão da doença, isolando-se a maior parte dos focos, e a ineficácia do tratamento ambulatorial, na maioria dos casos.

Em depoimento concedido a Barreira, Raphael de Paula Souza, o diretor que optou pela construção de hospitais diz: "eu me convenci que para a Campanha, deveríamos construir e dar ênfase ao hospital e ao sanatório, porque só o pneumotórax de ambulatório não resolveria". (In: Barreira, 1992, p.74)

Enquanto os opositores da hospitalização consideravam que esta deveria ser reservada para os casos cirúrgicos, a realidade convivia com diferentes recortes da realidade que invalidaram essa proposição: idéias como a construção de

"parques proletários de isolamento" e outras medidas que levam em conta o reconhecimento da origem social da maioria dos doentes, permeiam as decisões.

A opção do superintendente da Campanha, embora contrariando a corrente favorável à ênfase no tratamento ambulatorial, era politicamente forte, no sentido de que atendia a uma gama de interesses muito variados em que se incluíam as reivindicações das autoridades sanitárias, preocupadas com o isolamento dos focos, e as demandas sociais, pois as famílias além de temerem o contágio, não tinham quem, nem como, cuidar dos doentes. Não há como esquecer também, os interesses econômicos representados pelas empresas da indústria farmacêutica, interessadas no aumento do consumo de medicamentos e das empresas de construção civil, que viam a possibilidade de ampliar seus negócios. Mas, de outro lado, há as críticas, apoiadas pelos donos dos sanatórios particulares, que se consideravam prejudicados, embora houvesse muitos tuberculosos. (Barreira, 1992, pp.73-74)

A gestão Paula Souza atingiu a maior parte de suas metas, no que era considerado prioridade: é concebido um novo modelo de sanatório e o número de leitos chegou a 23.000. Citando-se, ainda, o esforço que a administração fez para incluir a previdência social na assistência aos trabalhadores tuberculosos, as maiores vítimas da doença, medida que se concretizou na compra de serviços de sanatórios particulares. Mas a doença continuou sendo da mais alta gravidade.

Ao término da gestão Paula Souza a luta contra a tuberculose estava baseada na descoberta de casos, pela detecção dos suspeitos pela abreugrafia, no isolamento e tratamento dos focos em sanatórios, sendo que a hospitalização dos doentes consumia 80% dos recursos da Campanha. Paula Souza, além de aumentar o número de leitos disponíveis, deixou uma estrutura nacional de combate à tuberculose. E na administração seguinte o número de leitos é aumentado. (Barreira, 1992, p.85)

A mensagem de Vargas ao Congresso, (1951), reconhece a tuberculose como um fruto do pauperismo, mais do que dependente de causas médicas, e valoriza as medidas de intervenção na economia, sem negar, no entanto, as importância das ações sanitárias.

A nova administração do Departamento Nacional de Saúde vai enfatizar as medidas preventivas como o BCG, sem desativar o programa sanatorial, inaugurando vários sanatórios construídos na gestão anterior. A Campanha continuou a representar uma presença do governo federal a nível estadual, embora com outras prioridades. Segundo Barreira a CNCT contribuiu para "acentuar o controle exercido pelo governo federal na vida nacional". (p.85)

O diretor do SNT, no Governo Café Filho, Reginaldo Fernandes Pereira Filho, havia, quando no Departamento de Tuberculose do Distrito Federal, criticado a política de Paula Souza, que chamou de "mística do leito hospitalar", ao assumir a direção do SNT defende a aplicação de medidas preventivas - o BCG - e o uso de quimioterapia. Fernandes cria uma Comissão Técnica, composta pelo que "havia de melhor em matéria de especialistas", que veio a ser decisiva na formulação do discurso que orienta a CNCT nos anos seguintes. (Barreira, 1992, pp.101-104)

Encerrava-se a política de abrir novos leitos para tuberculose, embora as construções iniciadas nas administrações anteriores fossem terminadas e inauguradas. O advento das novas drogas antimicrobianas específicas contra a tuberculose: a estreptomicina (SM) , o ácido para-amino-salicílico (PAS) e, principalmente, a hidrazida do ácido isonicotínico (INH), que permitiu o desenvolvimento de um esquema terapêutico de massa, trouxe mudanças no perfil epidemiológico e na terapêutica da tuberculose.

Observou-se uma queda significativa da mortalidade, mas a morbidade continuava. As drogas, como eram usadas inicialmente, impediam a morte, mas não

chegavam a curar o paciente e o tempo médio de permanência nos hospitais dobrou ou triplicou. (Ribeiro, 1956, p.200)

O ensaio de diversas associações de medicamentos culminou no desenvolvimento de um instrumento terapêutico aperfeiçoado, contra a tuberculose - o esquema tríplice, que veio modificar a estratégia de combate a doença. E, a partir de então, foi possível desenvolver um modelo operativo baseado na ação dispensarial.

Em agosto de 1961, Janio Quadros destaca, em discurso no rádio, a questão da tuberculose e afirma que "os conhecimentos científicos de recursos técnicos asseguram a cura da tuberculose e garantem êxito a ação preventiva". (Quadros,J., 1961, In: Barreira, 1992, p.119)

A saída de Janio Quadros e entrada de João Goulart, não alterou a luta política em relação à tuberculose, exceto pela intensificação da presença sindical no interior dos hospitais.

O Programa de ação de 1961, (MS/SNT-1961), conceitua o controle da tuberculose como "o esforço organizado da comunidade para diminuir o risco de contrair a doença", sendo o objetivo da luta "proteger a população contra o perigo e não apenas a assistência aos doentes" (MS/SNT, 1961, In: Barreira, 1992, p.121). As medidas com que se pretende atingir esses objetivos incluem a vacinação dos não infectados, o tratamento quimioterápico dos casos conhecidos e a descoberta e tratamento dos novos casos.

E a pressão das empresas médicas para obter autorização para a construção de novos hospitais, como no início do programa sanatorial, atendia a diferentes setores da sociedade: políticos, instituições filantrópicas, interesses econômicos, os quais podiam representar interesses clientelistas ou pressões sociais exercidas pelos eleitores, grupos econômicos e as próprias instituições, essas, por sua vez, pressionadas por vagas. Vê-se aí que a pressão pode ser interpretada por diferentes perspectivas: há os interesses privados, mas há a necessidade ou pelo

menos o sentimento de necessidade. A pressão era ainda dos próprios funcionários, o pessoal que havia "vivido a mística do sanatório". (Barreira, 1992, p.122)

Mas, a administração entendeu que já havia número suficiente de leitos, e a ênfase foi no reforço da ação dispensarial.

De 1969 a 1974, foi lançado o 1º PND, (1º Plano Nacional de Desenvolvimento), que se baseava na idéia que o "desenvolvimento acelerado da economia capitalista resulta no controle e na diminuição da pobreza, já que uma economia mais rica tenderia a gerar maior distribuição de riquezas". (Boldstein et alii, 1987, pp.101-102)

A distribuição de medicamentos, função a que a CEME passa a dar prioridade, amplia o mercado de consumo de medicamentos (Cordeiro, 1983, p.84)

⁽³⁸⁾ E, entre os produtos, as drogas específicas para o tratamento da tuberculose só eram suplantados pelos antibióticos e vitamínicos.

O Programa de Imunização contra tuberculose e o Programa Nacional de combate a tuberculose encontravam-se entre as prioridades da CEME. (Cordeiro, 1983, p.128)

Em 1964 a Comissão de Peritos da OMS, para a tuberculose, em seu Oitavo Informe, coloca-se a favor de medidas específicas de ação de combate à tuberculose, por entender que a tuberculose tem uma causa específica, uma "causa necessária," o "*Mycobacterium tuberculosis*", embora reconheça a importância das condições econômicas e sociais em suas ocorrências. De acordo com o Oitavo Informe, os recursos disponíveis para curar e prevenir a doença permitem planejar e executar programas anti-tuberculose eficazes, em qualquer tipo de circunstâncias, epidemiológicas e sociais. Mas no Brasil, apesar do tratamento dos doentes, segundo o esquema padrão, o resultado não correspondia à expectativa.

⁽³⁸⁾ A Central de Medicamentos criada pelo decreto Nº 68.806/71, tinha por finalidade a produção de medicamentos, a pesquisa e o desenvolvimento tecnológicos, o controle da qualidade dos medicamentos comercializados e a distribuição de medicamentos essenciais à população com renda de até 2 salários mínimos, ou seja, 70% da população brasileira. (Barreira, 1992, p.128)

A internação passou a obedecer a novos critérios. A Comissão Técnica recomendava que se fizesse um esforço no sentido da internação de doentes bacilíferos, virgens de tratamento,(VT), ou tratados por menos de 30 dias, (PS, possivelmente sensíveis), até negatização dos exames bacteriológicos e evidente regressão das principais lesões".⁽³⁹⁾

Os pacientes crônicos, com indicação cirúrgica de ressecção pulmonar, eram tratados com as drogas de 2ª linha, menos eficazes e mais caras, mas que aumentavam a probabilidade de melhores resultados nas cirurgias. Para os paciente crônicos, sem indicação cirúrgica, o tratamento desigual: os pacientes previdenciários continuaram a ser hospitalizados e tratados com as drogas de 2ª linha; os pacientes indigentes, não previdenciários, eram tratados nos dispensários de tuberculose das Secretarias Estaduais de Saúde, em geral apenas com comprimidos de hidrazida, que, segundo se supunha, poderia diminuir a virulência da população bacteriana, e, assim, diminuir a possibilidade de contágio. (Barreira, 1992, pp.131/132)

A hospitalização passava a ser feita dentro de critério de curta permanência, isto é durante a fase do ataque até a negatização do caso, cerca de três meses de tratamento, o que significava economia de custo e aumento do rendimento do leito. (Barreira, 1992, p.132)

A implantação do regime militar e da doutrina de segurança nacional, instaura um novo tempo e um novo discurso com relação às políticas sociais: aplica-se ao serviço público uma política de racionalidade e de eficácia, valorizando o planejamento econômico que estende a todas as áreas, inclusive aos programas de saúde.

O enfraquecimento do poder legislativo e a subordinação dos ministros ao poder militar, contribui para esvaziar o conteúdo social das políticas de saúde.

⁽³⁹⁾ Em 1970, pelo Decreto Nº 66.623/70 O SNT foi transformado em DNT, com outro Regimento. (Barreira, 1992, p.131)

Os orçamentos para a saúde são reduzidos e o Ministério da Saúde não tem acesso aos instrumentos administrativos para o controle da política do setor.⁽⁴⁰⁾

A medicina previdenciária, assistencialista é privilegiada e o Ministério da Saúde fica restrito às atividades de alto custo e "baixa lucratividade".

Nota-se que "apesar das diretrizes internacionais, a pressão da população pela existência de leitos para a tuberculose não confirmava a opinião de técnicos e planejadores sobre as vantagens do tratamento fora do hospital. Tal posição encontra ressonância junto a fisiologistas tradicionais, aos políticos, que teriam de deixar de atender aos pedidos de internação e aos donos de sanatórios, que não queriam perder os convênios com a previdência". (Barreira, 1992, p.120)

Em 1967, quando o governo suspendeu a construção de leitos para tuberculosos o número de leitos ultrapassava 25.000. A inserção do sanatório no novo modelo de luta contra a tuberculose, "embora tenha diminuído o tempo de permanência do doente no hospital, não reduziu os gastos globais com as internações[...]. O número de internações atingiu a 67.000, [...] as previdências todas carregando em cima da ação hospitalar, internando doentes e incentivando a criação de leitos particulares e os dispensários continuaram como porta de entrada dos hospitais". (Depoimento n. 11. Barreira, 1992, p.132)

Como o 1º PND contemplava, com relação a tuberculose, apenas a atividade de imunização, os leitos hospitalares foram, à época, apenas mantidos. Tal falta de recursos, resultou na redução das atividades, revelada em um depoimento à Barreira: "Quando eu entrei na Divisão, o problema era não aconselhar a busca de casos, (de tuberculose), já que não tinha dinheiro para comprar remédio para todos". (Depoimento n. 26. Barreira, 1992, p.134)

A necessidade de promover o chamado entrosamento dispensário-sanatório decorreu da impossibilidade política de suprimir leitos de tuberculose devido aos

⁽⁴⁰⁾ O Decreto-Lei Nº 200/67, que atribui ao Ministério da Saúde formulação da política Nacional de Saúde é invalidado na prática.

fortes interesses políticos em torno de sua permanência. A estratégia adotada era a de racionalizar sua ocupação, de modo a dar o melhor rendimento possível em termos da luta contra a tuberculose.

De acordo com Barreira o desenvolvimento de esquemas padronizados de tratamento combinando as três drogas (SM, INH, PAS), a orientação dos doentes e suas famílias e o controle de seu comparecimento, fizeram com que, nos dispensários de tuberculose, os percentuais de cura dos doentes virgens de tratamento, chegassem a 90%; o percentual de altas passava a depender apenas de eficiência da organização, cujo êxito seria assegurado pelo suprimento de drogas, controle dos estoques e pela garantia que a medicação fosse prescrita e seguida corretamente pelo doente. "A abertura do sanatório ensejava uma gama variada de medidas de grande alcance político social, assim descrito por Castro et alii (1991): promover o isolamento da massa de tuberculosos "contagiantes" de modo a conter a "avalanche de doentes" que vinham do interior pelas novas vias de transporte, em sentido contrário ao que havia ocorrido com a disseminação da doença; assumir o encargo de abrigar e tratar o tuberculoso pobre; atender a reivindicação da classe operária por assistência médica; fortalecer o partido da situação através da prática de clientelismo, pela intermediação das internações de doentes cujas famílias não tinham meios para mantê-las e tratá-los em casa e nem mesmo enterrá-los. O número de leitos é aumentado, mas o tratamento incorreto aumenta o número de crônicos e os leitos dos sanatórios continuam ocupados". (Castro et alii, 1991, apud Barreira, 1992, p.127)

CAPÍTULO IV

A NEGAÇÃO DO MODELO EXCLUDENTE: A SUBSTITUIÇÃO DAS INSTITUIÇÕES ASILARES POR OUTRAS FORMAS DE ASSISTIR E CUIDAR

1. Introdução

Analisar os processos que transformam os serviços de saúde, direcionados para a assistência aos tuberculosos, leprosos e portadores de transtornos mentais, significa analisar os mecanismos que articulam estes sistemas à estrutura social, definindo-se, como princípio, que as mudanças, que se dão em uma das partes de uma formação social dada, influenciam e são influenciadas pelas mudanças ocorridas nas demais partes.

Assim, as alterações observadas nos sistemas de prestação dos serviços de saúde, a partir do século XIX, incorporam as mudanças ocorridas nas demais instâncias sociais. Essas transformações se caracterizam, principalmente, pela utilização crescente de procedimentos científicos nas práticas médicas, na reorganização dos serviços médicos, visando a aumentar a eficiência desses serviços, e na expansão dos serviços médicos em direção ao social, intervindo nas condutas e no modo de viver das pessoas e coletividades.

Revestida de uma neutralidade que ressalta a sua função social, a medicina não deixa exposta a sua vinculação ao modo de produção em que se insere e às determinações específicas a que se subordina em uma sociedade de classes. Enquanto enfatiza a sua imediata e explícita função social - o tratamento das doenças e a cura dos doentes,- reforça a concepção de neutralidade de sua prática, caracterizando-a como humanística. Tal concepção, "que se elabora e reelabora, também por referência às demais práticas técnicas, no conjunto de relações sociais

próprias a uma sociedade, encontra, ainda na marcada continuidade histórica da medicina, um de seus primeiros suportes". (Donnangelo, 1976, p.29)

Embora nem sempre de modo explícito, essas mudanças expressam a articulação entre esses sistemas e o modo de produção capitalista.

A expansão da produção de serviços de saúde e a generalização do consumo desses serviços por contingentes ampliados da população, aliadas à diversificação das formas institucionais de produção desses serviços, expressam um aumento do consumo individual dos mesmos e respondem "por condições relacionadas ao processo de acumulação, de capital, em condições as mais adequadas possíveis à obtenção da apropriação da mais valia". (Donnangelo, 1976, p.30)

O ato médico, mediatizado por um conjunto de equipamentos de complexidade e custos crescentes, expressa um modo particular de articulação da prática médica com o modo de produção em geral. Isso corre, embora esses novos elementos materiais que compõem o processo terapêutico - produtos farmacêuticos, equipamentos, maquinarias -, "devam ser considerados como mercadorias externas à medicina, mas cujo consumo se efetiva, através dela [...]". (Donnangelo, 1976, p.35)

Nesse caso, "o desenvolvimento de recursos tecnológicos e de capital, equivale à possibilidade de uma radical transformação na produção de serviços, basicamente em dois sentidos: o da superação da clínica como meio básico de trabalho e o da absorção progressiva da medicina artesanal por novas modalidades de organização da produção". (Donnangelo, 1976, p.20)

Desse modo, a generalização do consumo de serviços médicos significa, também, uma resposta à pressão por aumento da oferta de serviços e por novas modalidades de práticas, as quais não necessitam do aparato hospitalar para sua produção. Meio preferencial de prestação de serviços de saúde, o hospital não se constitui no instrumento adequado para o desenvolvimento de práticas de

assistência voltadas para as coletividades. Ao estender-se aos diferentes grupos e camadas da população, os serviços médicos incorporam um conjunto de novos saberes e tecnologias e alteram seu objeto e seus objetivos. Mas, o seu lugar institucional privilegiado ainda é o hospital, pólo centralizador da prática médica redimensionada, onde se verifica uma alta concentração de recursos tecnológicos e um correspondente aumento de seus custos.

Os processos, através dos quais os significados dos hospitais são alterados nas representações das pessoas, apontam para a necessidade de uma reflexão sobre os modos pelos quais essas representações foram sendo construídas.

Enquanto meios de produção de serviços médicos, os hospitais, e, entre eles, as instituições asilares, como foram compreendidas nesse trabalho, não se explicam nos limites da instância imaginária ou das expectativas das pessoas, cuja carência de seus produtos (serviços) devem atender.

O hospital que o sistema de produção capitalista engendra não mais comporta os doentes crônicos, os incuráveis, os dependentes, os custodiados; trata-se de um estabelecimento hospitalar que tende a ser, principalmente, uma unidade produtiva de serviços, de curas, de tratamentos. A concentração, nesses estabelecimentos, de portadores de doenças para cujo tratamento não se dispõe, no sentido médico, de terapêuticas eficazes, torna-se incompatível com a lógica que governa o novo modelo de organização da prática médica.

Sob esse enfoque, a extensão da prática médica significa custos progressivamente mais altos e os serviços médicos só poderão ser prestados a uma parcela cada vez maior da população, se estes custos forem socializados, pela intermediação do Estado.

Ao tratar a forma atual de distribuição da prática médica, como um serviço prestado às pessoas e coletividades, Donnangelo deixa claro que "a extensão atual da medicina não traduz, nem a total generalização do cuidado médico, nem o desenvolvimento necessário de uma prática uniforme por referência aos tipos de

cuidados prestados".⁽¹⁾ Ao contrário, a exclusão, ainda atual, de determinadas camadas sociais do acesso a tais cuidados, "bem como a constatação de que a medicina institucionalizada reproduz [...] o caráter de classe da sociedade, tem-na levado, com freqüência, ao centro do debate político acerca da estrutura dessa sociedade". (Donnangelo, 1976. p.32)⁽²⁾

Dois aspectos emergem com referência ao problema da extensão da prática médica: a necessária ampliação da oferta de serviços, porque inserida na demanda das camadas mais populosas da sociedade, e os altos custos da manutenção dos serviços hospitalares, incompatíveis com a lógica capitalista. Estes dois aspectos conjugam-se para dar origem às tentativas de racionalização do setor, que geram, ao mesmo tempo, novos modelos de assistência, que pretendem garantir o acesso universal aos serviços de saúde e custos compatíveis com os benefícios deles resultantes. É o caso da medicina comunitária, assistência primária, etc.

É nesse quadro que se configura a questão da negação do modelo de exclusão e, conseqüentemente, da desativação dos estabelecimentos asilares, no âmbito dos serviços de saúde.

⁽¹⁾ O fato do texto de Donnangelo ter sido escrito há 20 anos (1976), não invalida a sua aplicação. Entendemos que as questões nele identificadas ainda permanecem, embora as novas leituras do estruturalismo e do marxismo tenham contribuído para "amenizar" o sentido afirmativo de seu conteúdo.

⁽²⁾ O conceito de exclusão utilizado aqui, ou seja, com referência a uma prática médica seletiva, que exclui uma parcela da população do acesso ao cuidado médico ou a diferenciação, segundo a classe social, do cuidado médico oferecido, não tem o mesmo significado do mesmo conceito aplicado à instituição asilar - esta exclui o doente do meio social; o impuro, o pecador, aquele que, na divisão binária definida por Foucault, representa o lado negativo da sociedade e que esta segregara em asilos, hospícios e sanatórios.

2. Quando os sanatórios são desativados e os portões das colônias se abrem: o caso da lepra e da tuberculose

O movimento que transforma as instituições, acompanha-se de um discurso que põe em evidência sua incapacidade de corresponderem às expectativas das pessoas, que não mais as reconhecem, nem às suas práticas.

Retomando a concepção de Lapassade (1977), de que as normas instituídas são produzidas pela história e modificadas, constantemente, pelas forças constituintes nela contidas, o conceito de instituição incorpora o conflito, as contradições e as transformações que se manifestam, tanto nas formas materiais que ela assume como na instância imaginária que a explica. Assim, quando a instituição não corresponde às expectativas das pessoas, a sociedade não mais a reconhece, nem reconhece as práticas que ela encarna. E, dessa contradição, emerge uma nova prática e um novo discurso.

As críticas ao modelo institucional/asilar emergiram, juntamente com outras críticas sociais, quando, em um amplo processo de questionamento crítico das organizações sociais de assistência, inclusive as de saúde, fica constatada a inadequação desses estabelecimentos aos novos modos de perceber as relações entre cliente e instituições de assistência. Resgatam-se os direitos sociais e de cidadania, em nova concepção que inclui a participação democrática das pessoas nas decisões que dizem respeito à sua vida e à sua saúde, entre outros temas. Nesse processo, a questão do poder e da dominação inerentes ao sistema asilar é amplamente denunciada.

As instituições nas quais as práticas repressivas são mais ostensivas ou naquelas onde o exercício do poder se faz de modo mais explícito - caso dos manicômios - tornaram-se, desde logo, objeto preferencial de denúncias; são estas práticas que têm sido criticadas com maior veemência. E essas críticas, que vieram acompanhadas de uma ação transformadora, tiveram sua origem entre os agentes

institucionais, particularmente os que detém o exercício do poder sobre os clientes da instituição.

O discurso que critica o modelo asilar-hospitalar e o processo de exclusão e de confinamento de pessoas, pacientes dos serviços de saúde, - sobre as quais o poder médico é exercido, ou de pessoas, submetidos ao poder de outras instâncias sociais -, coloca em discussão o significado social, político e ideológico da exclusão e do exercício do poder de seqüestro, que a sociedade outorga a essas instituições de assistência, deflagrando um amplo processo de reconceptualização do significado social, político e ideológico da segregação institucional e da própria instituição. A análise crítico-ideológica colocou em evidência, principalmente, o significado da exclusão da internação - segregação - de doentes mentais em estabelecimentos manicomiais, que integram o sistema psiquiátrico.

As denúncias contidas nesse discurso crítico não se circunscrevem aos limites das instituições. Incorporam-se à análise das práticas institucionais, abrangendo o conjunto das relações sociais e de suas articulações, onde o poder sobre o indivíduo tem sua origem, e a relação indivíduo, sociedade e Estado, este enquanto depositário desse poder: poder de fisco, de distribuidor de justiça, de prestador de serviços e poder de seqüestro.

O questionamento crítico inicial assume um caráter mobilizador e consolida-se em uma ação anti-instituição que tem por objeto, particularmente, as instituições asilares, compreendidas pelo sistema psiquiátrico. Contudo, tanto o discurso como a prática desinstitucionalizantes podem ser reconhecidas, também, nas mudanças observadas em outras instituições, nas quais identificam-se elementos análogos.

No âmbito das áreas pertinentes ao setor saúde, especificam-se duas categorias assistidas institucionalmente, em que a tendência à negação do modelo asilar é observada com maior intensidade: as doenças contagiosas de longa duração, que eram, anteriormente, tratadas em instituições hospitalares, onde os pacientes

permaneciam internados por muito tempo, ou mesmo pelo resto de suas vidas - caso da tuberculose e da lepra -, e os transtornos mentais, cujos portadores eram confinados em manicômios, estabelecimentos de custódia, antes que de tratamento e de cuidado. Num esforço de redução, entende-se que podem ser vistas pela mesma ótica, as mudanças observadas nas normas referentes ao tratamento de portadores de doenças contagiosas de longa duração, estigmatizantes,- caso da tuberculose e da lepra, cujo isolamento e segregação foi, durante longo tempo, justificada pelo saber médico - e o movimento que pretende a transformação do modelo de assistência psiquiátrica centralizado no hospício.

Quando se dá a mudança nas normas de tratamento da tuberculose e da lepra para um privilegiamento da assistência ambulatorial, os fundamentos científicos aduzidos, que legitimam as novas normas, são tão claros e visivelmente corretos como o haviam sido os que, antes, justificavam o internamento dos pacientes.

A negação do modelo excludente de assistência - conseqüente aos questionamentos que denunciam suas práticas de repressão e controle, assim como seu vínculo com a manutenção do sistema social -, emerge num movimento que propõe e transforma conteúdos e práticas institucionais, apoiando-se em um discurso que contém justificativas técnicas, administrativas e éticas.

Movimento de idéias e de ação, estende-se das relações entre clientes, público e instituições, às definições de estratégias políticas e sociais, e às formas de construção dos saberes que lhes dão respaldo. Está, portanto, presente nas mudanças verificadas no discurso político e técnico, nas diretrizes e normas que derivam deste discurso e nas formas pelas quais essas normas são operacionalizadas. Trata-se de um fato que tende a se generalizar e que pode ser

observado em todos os setores em que se efetiva uma ação assistencial institucional, seja ou não relacionada à saúde.⁽³⁾

O processo de transformação do modelo excludente, esboçado nas políticas sociais e de saúde formuladas após a Segunda Guerra Mundial, ocupa, hoje, um espaço significativo na discussão da organização da assistência, particularmente na questão da assistência aos pacientes das instituições psiquiátricas. Esse processo que vai, progressivamente, abranger não só os pacientes psiquiátricos mas as várias categorias tradicionalmente assistidas em instituições, é, nesse trabalho, identificado como "desinstitucionalização".

Morgado e Lima, (1994), no intuito de definir o conceito de desinstitucionalização, consideram que o significado da palavra pode ser melhor entendido pelo seu oposto: "manter pacientes por tempo indeterminado em instituições - por vários anos, décadas e, por vezes, até a morte". Os autores acrescentam que "na área psiquiátrica, um tal confinamento poderá ser justificado em certas doenças degenerativas do sistema nervoso central, anomalias cerebrais graves, idiotia extrema, mongolismo avançado, pacientes com periculosidade refratária e esquizofrenia muito grave [...]". (Morgado e Lima, 1994, p.21-22)

Essas diferentes patologias são, segundo os autores, institucionalizáveis porque têm em comum: a) um curso irreversível e progressivo, além de faltar terapêuticas eficazes para as mesmas; b) o paciente não é capaz de executar as tarefas básicas de cuidar de si próprio: alimentar-se, fazer a higiene pessoal e tomar certos cuidados para manter a própria segurança.

Faz-se necessário, no entanto, um esclarecimento: como já se definiu no segundo capítulo deste trabalho, as instituições são compreendidas, como espaços

⁽³⁾ Note-se que, também na instância jurídica, a questão da instituição vem aparecendo em declarações de autoridades, que põem em dúvida a eficácia dos sistemas penais, chamando a atenção para as suas deformações, num discurso que se insere, ou assim parece, no mesmo movimento em que se dá a tendência desinstitucionalizante, ainda mais quando são incluídas comparações entre os presídios e o sistema hospitalar.

complexos, onde convergem saberes e práticas, espaços que se estendem além dos próprios estabelecimentos. Nesse sentido o termo desinstitucionalização teria, literalmente, o significado de desligamento do paciente assistido, não só dos estabelecimentos asilares - hospitalares, mas dos serviços assistenciais que integram o conjunto dos serviços de saúde.

Entretanto, não é esse conteúdo do discurso anti-institucionalização, que propõe, mais objetivamente, a desospitalização e a garantia da continuidade da assistência, embora a estrutura atual dos serviços não disponha de equipamentos complementares ou opções assistenciais alternativas capazes de absorver os egressos das instituições. Contudo, é o termo desinstitucionalização que tem sido utilizado com maior frequência para identificar a negação do modelo asilar.

Nas políticas assistenciais brasileiras, o processo desinstitucionalizante vem sendo observado, tanto em relação a grupos sociais vulneráveis, como é o caso das crianças e dos velhos, - o Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990) constitui um exemplo de documento em que essa reversão assume forma legal-, como na área específica de saúde, na assistência a algumas categorias de doentes, - caso dos doentes mentais e de portadores de doenças contagiosas de longa duração-.

A característica comum dos indivíduos pertencentes às categorias aqui tratadas - objeto, anteriormente de institucionalização e agora de desinstitucionalização, quer sejam afetas ao setor saúde, social ou jurídico -, é a sua origem de classe: todos ou quase todos são oriundos das categorias mais pobres da população.⁽⁴⁾

⁽⁴⁾ Como a população brasileira é predominantemente pobre, será dessa categoria que se originará a maioria dos doentes atendidos pelo setor público. Ressalte-se, no entanto, que em qualquer situação social em que a assistência pública faleça, serão os indivíduos pertencentes as categorias mais pobres os mais penalizados.

"Na sociedade brasileira atual, excludente, rígida, hierárquica, os grupos sociais desprovidos de poder e significação, não possuidores de identidade, permanecem alvos preferenciais de controle e reclusão". (Costa, 1987, p.12)

No caso das situações tratadas neste trabalho, a saber - a desinstitucionalização da tuberculose, com a desativação dos sanatórios, da lepra, com a abertura das colônias, e dos transtornos mentais, com a renovação das práticas psiquiátricas e o fechamento dos hospícios -, a negação do modelo asilar excludente encontra-se presente em cada uma delas, embora os traços característicos particulares possam ser diferenciados.

2.1.A desativação dos sanatórios

Os sanatórios constituíram a solução preferencial de assistência aos tuberculosos, durante a primeira metade do século e até as primeiras décadas da segunda. A ruptura com esse modelo e a opção pela ação dispensarial foram sendo elaboradas ao longo de um período em que se dão mudanças nas conjunturas políticas e sociais, bem como o advento das novas drogas antimicrobianas específicas contra a tuberculose (a estreptomicina (SM), o ácido para-aminosalicílico (PAS) e, principalmente, a hidrazida do ácido isonicotínico (INH)), que permitiu o desenvolvimento de um esquema terapêutico de massa. O perfil epidemiológico da doença modifica-se e um novo discurso teórico, capaz de tornar público esses novos conhecimentos, vem a ser construído. A partir de 1956, "em quatro dos cinco continentes do mundo, pesquisadores demonstraram ser o tratamento do tuberculoso não hospitalizado perfeitamente viável, mesmo para o portador de lesões graves e vivendo em péssimas condições sócio-econômicas, e que nem mesmo o afastamento do trabalho seria indispensável. Ficou demonstrado que a tomada regular dos medicamentos combinados, durante o tempo devido, era a condição fundamental para a cura, e a hospitalização do doente não diminuiria o

risco de adoecimento dos comunicantes". A possibilidade da transmissão da doença seria maior antes da descoberta do caso, pois o tratamento específico, reduzindo rapidamente a população bacteriana e a tosse, tornaria pouco provável o contágio após o início da tomada das drogas. O tratamento dos doentes fora do hospital "traria também benefícios de ordem psicossocial, evitando o afastamento do paciente de sua família e da sociedade e favorecendo a mudança de atitudes negativas relacionadas à doença e ao doente". (Barreira, 1992, p.107). E, com base nesses novos conhecimentos, as práticas e os modos de tratar os tuberculosos foram transformadas e os sanatórios foram progressivamente substituídos pelos dispensários e ambulatórios, como lugar de tratamento dos tuberculosos.

As rígidas normas de isolamento adotadas nos hospitais da Campanha Nacional de Tuberculose foram substituídas e a eficácia do tratamento ambulatorial enfatizada pela OMS. Encerrava-se a política de abrir novos leitos para tuberculose, embora as construções iniciadas nas administrações anteriores fossem terminadas e inauguradas.

As normas estabelecidas para o tratamento da tuberculose, resultantes da aplicação de uma nova tecnologia médica de diagnóstico e de terapêutica, são alteradas. São conhecimentos baseados nos progressos da farmacologia e da bioquímica, que, aplicados à prática médica, a transformam, sustentados por um discurso legitimador que demonstra sua vantagem para os pacientes, assim como seu interesse para a sociedade, e vão atribuir um novo significado cultural e social à doença. Esse fato ocorre ao mesmo tempo em que se dá a emergência do discurso político desenvolvimentista, que tem na intervenção econômica o caminho para a solução das questões sociais. No Brasil o fato ocorre durante o Governo de Juscelino Kubitschek, que assume o poder sob o "slogan": "50 anos em 5" e uma ideologia francamente desenvolvimentista, que enfatiza a intervenção na economia, como forma de resolver a questão social.

A tuberculose é atribuída à pobreza e às carências dela conseqüentes: carência de alimentação, de habitação, de condições de higiene. O modelo insere a luta contra a tuberculose na teoria da História Natural da Doença de Leavell e Clarck, (1965) traduzindo-se na aplicação de uma filosofia de racionalidade.

A dimensão social, que a racionalidade da ótica da História Natural da Doença não evidencia, é compreendida pelos governantes por um viés: a afirmação de que o tuberculoso está morrendo é de fome justifica a redução dos recursos para o seu tratamento. Esse viés contém nítida orientação política e omite um dado real: o tuberculoso morre de uma doença infecciosa, causada por um agente específico.

A ação dispensarial, que já vinha sendo objeto de estudos, é reavaliada e enfatizada. Mas, não obstante isso, o grosso do "orçamento privilegia os hospitais, não tanto pela opção da política relativa ao setor, quanto pelo alto custo de sua manutenção". (Barreira, 1992, pp.104 e 105).

Um amplo apoio político torna-se fundamental para o enfrentamento dos vários interesses que convergem em torno do problema da assistência à tuberculose, - interesses dos donos de sanatórios privados, da indústria farmacêutica e de equipamentos, das empreiteiras e, ainda, dos próprios profissionais de saúde, que, comprometidos com um projeto assistencial em torno do qual havia sido construída uma mística, vêem-se ameaçados.

Sem desativar o programa sanatorial, medidas preventivas como a vacinação BCG, a descoberta de novos casos e o tratamento quimioterápico dos casos conhecidos, são enfatizadas. Enquanto isso se dá, os problemas da assistência aos tuberculosos - as novas terapêuticas, os altos custos do tratamento hospitalar, o novo perfil epidemiológico da doença - vão sendo decantados.

Em uma segunda etapa, o tratamento ambulatorial foi adotado, preferencialmente, e a internação desestimulada, até ser limitada, quase exclusivamente, aos casos chamados sociais, conquanto o conceito de caso social, aplicado também a outras situações relacionadas à internação, careça de critérios

explícitos para sua definição. Há, no entanto, um consenso quanto ao fato de que o alto custo do tratamento hospitalar tem um peso significativo na adoção do novo sistema.

A mudança normativa que ocorre no tratamento da tuberculose, tratada em sanatórios desde os fins do século passado - com todos os componentes, econômicos, políticos e ideológicos e até românticos que lhe são inerentes - foi efetivada entre os anos cinquenta e setenta. As normas implementadas nesse período foram absorvidas e as resistências superadas. Os espaços dos antigos sanatórios foram ocupados por hospitais gerais ou de outras especialidades. E os profissionais, que trabalhavam nos serviços de tuberculose sob a vigência das normas anteriores, foram substituídos por uma nova geração de técnicos, para a qual o sanatório, incorporado à história, constitui-se, hoje, uma instituição anacrônica. Quase quarenta anos depois, já não se pensa em sanatórios, quando o assunto é tuberculose. O processo, que já se completou, foi absorvido no âmbito da medicina e nas representações das populações.

A substituição do modelo sanatorial não se dá como um fenômeno particular relacionado à tuberculose. Não se trata, tampouco, de uma medida isolada. Enquanto reformulação de um modo especial de tratar uma enfermidade, que constitui um grave problema de saúde pública, insere-se em um amplo movimento de transformação e reorganização das práticas médicas em geral. O movimento que reorganiza a medicina preventiva, dentro dos princípios do modelo preventivista de Leavell & Clark, e que desativa os sanatórios, delinea-se em uma tendência que não se delimita, de nenhum modo, na tuberculose.

A inserção da medicina no modo de produção capitalista, com a intensificação do uso de tecnologia avançada e a invenção de novas estratégias substitutivas para a assistência exclusivamente hospitalar, inscreve-se no mesmo movimento. E são os modelos de reorganização dos serviços médicos, gerados no exterior dentro de novos parâmetros, que orientaram as políticas sanitárias dos

governos militares: o aumento da aplicação tecnológica na medicina e a transformação dos serviços de saúde em mercadoria, para melhor inserção do capitalismo no setor terciário. (Barreira, 1992, p.125)

A reorganização do setor de prestação de serviços de saúde valoriza a empresa médica e privilegia o setor privado como produtor de serviços de saúde. A política governamental de intervenção no campo da saúde facilitou a ampliação da participação de empresas privadas nacionais e estrangeiras no setor, beneficiando diretamente as indústrias multinacionais de medicamentos e equipamentos, interessadas na ampliação do mercado.

A previdência, agora cobrada por serviços de saúde, adota, preferencialmente, e quase exclusivamente em alguns setores, a compra de serviços da rede hospitalar privada, prática que levou a expansão dos recursos da previdência e, ao mesmo tempo, a limitação de sua rede própria. (Possas, 1981, pp.238-239). E a concepção de saúde que permeia essas práticas é de um componente do desenvolvimento econômico.

Mas, vale lembrar que a política de extensão de cobertura das ações de saúde surgiu quando, no campo da luta contra tuberculose, já estavam resolvidos problemas técnicos, como o esquema terapêutico e o diagnóstico pela microscopia. A possibilidade da integração das atividades de controle da tuberculose nas unidades de saúde pública estava definida e já existiam os elementos para a construção de uma nova representação da doença.

Embora o tempo amenize as imagens e obscureça os obstáculos, a verdade é que o processo de desativação dos sanatórios não transcorreu de modo espontâneo, fácil. Muitos pacientes, após a alta hospitalar, não procuravam os dispensários e Centros de Saúde; voltavam quando o seu problema se agravava, muitas vezes com poucas probabilidades de recuperação. A continuação do tratamento, indispensável para a eficácia do novo modelo, não acontecia. Com a

interrupção do tratamento o número de crônicos resistentes aumentou. (Barreira, 1992,)

Medidas como "internação de curta permanência" e a tentativa de instalar pensões para tuberculosos nas cidades onde havia dispensários, acompanharam esse processo de transformação.⁽⁵⁾

As famílias queriam internar seus pacientes e pediam a intermediação dos políticos. Estes pressionavam as autoridades para que os leitos para internação de tuberculosos fossem mantidos. A verdade é que a resistência dos políticos ao fechamento dos sanatórios, ao mesmo tempo, prática clientelista e eleitoreira, refletia as reivindicações populares.

A idéia estabelecida de que a tuberculose deveria ser tratada em sanatórios, o medo do contágio, e, mais que tudo, a pobreza e as dificuldades dela decorrentes convergiam para que as famílias resistissem em aceitar os seus pacientes, atitude, da qual só o tempo deu conta.

E, juntamente com os percalços naturais que acompanham um processo de mudança, sobrevêm as crises conjunturais do país, crise política e de insolvência do setor saúde, de que ainda não se recuperou.

2.2. A abertura das colônias de leprosos

O processo de abertura das colônias de leprosos, embora iniciado anteriormente, formaliza-se em 1975, através de portaria do Ministério da Saúde⁽⁶⁾ e de um conjunto de normas que se seguiram àquele documento legal, (Ministério da Saúde, 1983), que, entre outras disposições, aboliram o confinamento de

⁽⁵⁾ Vale assinalar que iniciativas similares estão sendo propostas com referência à alta dos pacientes psiquiátricos.

⁽⁶⁾ Portaria nº 165, de 1976, do Ministério da Saúde.

hansenianos em colônias. A medida, na prática, tornou-se efetiva, quase exclusivamente, para os novos casos de hanseníase. Quanto aos que se encontravam internados, nem o Ministério dispunha de alternativas para seu encaminhamento, nem eles tinham para onde ir, e, por isso mesmo, não desejavam sair.

Não há dúvida de que a hanseníase constitui, ainda hoje, um grave problema de saúde pública. É verdade, também, que os serviços de saúde não estão aptos a fornecer assistência a todos pacientes, até mesmo em ambulatórios, seja pela relutância dos mesmos em se submeterem a um tratamento prolongado, seja devido ao impacto negativo do apelo estigmatizante da lepra, seja devido a insuficiência de recursos. E à população remanescente de doentes internados em colônias somam-se os pacientes tratados em ambulatórios e aqueles ainda não identificados.

Os dados oficiais registraram, em 1988, 256.979 pacientes, com um total de 26.578 casos novos. A taxa anual de crescimento no período de 1969 a 1988 foi de 5.79, registrando um crescimento de 35% de 1987-1988.(Motta e Oliveira, 1990, pp.21-32)).

A Organização Mundial de Saúde (In: Motta e Oliveira, 1990) define caso de hanseníase como: "uma pessoa que apresenta sinais clínicos da doença, com ou sem confirmação bacteriológica do diagnóstico, e que precisa receber quimioterapia". Nestes termos, os pacientes que completaram o tratamento prescrito, de 6 a 24 meses, e que, portanto, não precisam mais receber quimioterapia, mesmo com seqüelas incapacitantes devidas à lepra, não pesariam na prevalência.

Além disso, os casos conhecidos de hanseníase não mostram a magnitude da ocorrência da doença, assumindo-se a existência de uma prevalência oculta, que é estimada com base em inquéritos populacionais e outros procedimentos estatísticos. De acordo com as Normas Oficiais de Controle da Hanseníase, (Brasil,

Ministério da Saúde, 1983) os pacientes de hanseníase que foram diagnosticados como tal e, após o tratamento, não apresentam sinais de atividade de doença, ou seja, têm baciloscopia negativa, ausência de sinais clínicos e completaram o período de observação sem tratamento, (dois ou cinco anos, dependendo da forma), não são mais portadores de hanseníase. Os pacientes que satisfaçam esses critérios recebem "alta por cura".⁽⁷⁾

São, adicionalmente, excluídos da prevalência os pacientes que preenchem as condições de:

a) alta administrativa, - casos em que os doentes não cumpriram o período de observação sem tratamento, mas completaram o período de tratamento estipulado, segundo os esquemas oficiais, e não foram mais encontrados; os casos que não cumpriram, nem o respectivo período de tratamento nem o período de observação e não foram encontrados, após aguardar 10 ou 20 anos. A alta administrativa, nesse caso, depende da forma clínica de hanseníase.

b) alta estatística,- baseada em um critério estatístico; aplicando-se, independentemente da forma, a tábua de vida da região e retirando-se do registro todos os casos com uma probabilidade de estarem mortos superior a 50%.

E, ainda, os casos de hanseníase, da forma clínica indeterminada, diagnosticados na fase inicial e tratados, que são, de acordo os conhecimentos disponíveis, seguramente curáveis, sem seqüelas. Critérios que contém a síntese dos conhecimentos que a ciência dispõe sobre a doença, mas que não respondem a todas as perguntas que ela suscita.

Mas, o problema estende-se além do número de casos. Ao estigma, que a segregação compulsória secular agravou, aliam-se as repercussões econômicas e sociais resultantes das incapacidades físicas e as lacunas ainda existentes no conhecimento sobre a doença. A verdade é que a aceitação do doente de lepra

⁽⁷⁾ Os exames de controle, realizados nos pacientes tratados segundo o esquema oficial, durante dois ou cinco anos, dependendo da forma da doença foram suspensos, por recomendação oficial.

ainda é difícil. Depoimentos de funcionários fazem referências a pessoas que se sentem amedrontadas pela perspectiva de ter de comunicar o seu diagnóstico aos familiares, - marido/esposa, filhos,- dúvidas sobre o contágio, perda de emprego, separação de casais, ruptura de noivado, etc. Ou então a acusações do tipo: "na minha família não tem essa doença não, todo o mundo tem sangue bom". (Deps. n^{os} 22 e 23)

"A própria instituição empurrava o paciente para dentro da colônia,[mesmo aquele que podia fazer o tratamento ambulatorial]. Fosse devido ao avanço da patologia ou pelo diagnóstico de alguma forma mutilante, o fato é que a instituição, a sociedade, empurravam... Como ainda acontece hoje. O paciente tem hanseníase e a família vem: "Mas doutor, será que ele não poderia ficar aqui dentro?". (Dep. n^o 20)

"Há, ainda o confronto entre pacientes novos e antigos. O paciente internado, ao descer da colônia e ir ao ambulatório encontra novos pacientes, pacientes externos, que nunca foram internados, que têm perspectiva de cura; de ter a hanseníase e voltar a trabalhar. Aí o paciente internado vai lá e diz pra eles que nós os estamos enganando, que essa doença não tem cura, que eles vão ficar mutilados também, que ele já está aqui há muitos e muitos anos e sabe... Há um confronto desses pacientes com duas experiências diferentes. (Ou duas representações da hanseníase)". (Dep. n^o 20)

"[...] As famílias, às vezes, querem internar o paciente. Parece que agora com menor intensidade... mas em 1983 era muito frequente a família chegar aqui e querendo porque querendo. E a família atualmente, quer internar o paciente, quando ele está numa crise muito grande, quando esse paciente é um ônus muito grande para ela". (Dep. n^o 24)

Entende-se que as representações da hanseníase, difundidas entre os usuários dos serviços e uma parcela dos profissionais dos serviços de saúde, aqueles mais antigos, não se modificaram ao mesmo tempo em que foram construídos os novos conhecimentos e introduzidos nas normas de tratamento dos hansenianos. Dai o desencontro observado entre as formas pelas quais a clientela e os agentes institucionais lidam com os novos preceitos normativos.

Embora uma nova representação sobre a doença esteja sendo construída, há ainda um forte sentimento de defesa ou resistência em relação à lepra, inclusive entre os próprios funcionários. Em uma reunião de equipe da instituição, assistida

durante o trabalho de observação de campo, na qual era discutida, entre outros assuntos, a comunicação do diagnóstico ao paciente, a impressão que ficou é que todos os profissionais presentes (três psicólogas, dois médicos, duas assistentes sociais), sentiam-se constrangidos em comunicar o diagnóstico ao paciente. Essa impressão, posteriormente, foi negada por um dos médicos presentes à reunião.

Um dos médicos do IEDS dizia, em sua entrevista, que a comunicação do diagnóstico não cria, necessariamente, um problema para o paciente,

"mas sim, às vezes, para as pessoas em volta dele". Porque, muitas vezes as "pessoas têm, ainda, uma visão preconceituosa da doença. E essa visão se reflete nele. É uma visão que precisa ser trabalhada e para isso elas têm que vir aqui". "Tem que vir aqui, pra conversar com as assistentes sociais, psicólogos, enfermeira. Essa visão perversa da lepra precisa ser trabalhada". (Dep. n^o 21)

Essa opinião é confirmada por outro depoimento:

"...Um paciente, eu precisava fazer a imobilização das mãos, estavam muito lesadas. Ele me pediu que fizesse de uma só de cada vez. Ele precisava de pelo menos uma das mãos pra fazer comida, lavar a roupa... Ele não tinha ninguém: a mulher o havia abandonado e a mãe que ainda vivia (ele tinha cerca de 40 anos) não queria vê-lo, desde que ele ficou doente". (Dep. n^o 22)

Sobre os pacientes internados:

"Você já esteve lá?" [Na Colônia] "Eu acho que você devia conversar com os pacientes da Colônia... Eu estava descendo agora de carro por aquele caminho que vem dos pavilhões e vendo pacientes que já estão aqui há muito tempo. E os pacientes dos pavilhões, mesmo que não fosse pelas lesões decorrentes da lepra, já estariam internados em alguma outra instituição asilar.[...] Eles já são extremamente lesados. Não é uma questão da lepra; é um desajuste essencial. Não é um desajuste sanitário ou patológico da doença, não. 90% das pessoas que estão colocadas nos pavilhões são pessoas lesadas socialmente... Pessoas que já não têm inserção nenhuma. Não têm família, não têm trabalho. São, em grande proporção, alcoólatras e portadores de patologias mentais..." (Dep. n^o 21)

2.3. O movimento anti-exclusão nas políticas de saúde mental no Brasil

Depara-se aqui com uma outra versão da institucionalização: não o confinamento, não a segregação, mas o asilo em seu sentido literal, com o objetivo de proteger, garantir a sobrevivência. Porque acolhe indivíduos desprovidos de

condições de prover a subsistência, aos quais o Estado deve proteção, porque têm o "direito de asilo". Mas, há, também, os que estão ali por um viés do sentido que é atribuído a esse direito pelos agentes institucionais.

Doença que ocorre, com maior intensidade, nas camadas mais pobres da população, é influenciada pelas condições econômicas e sociais, que facilitam a transmissão, especialmente a aglomeração e a promiscuidade familiar. Ao mesmo tempo, o estigma ligado à doença contribui, ainda hoje, para que as pessoas ocultem sua condição de doentes e retardem o diagnóstico e o tratamento, o que aumenta a possibilidade de contágio. Mas, não há dúvida que a questão econômica tem um peso nas decisões políticas relativas aos doentes.

Observa-se que, enquanto o discurso que referencia as novas políticas para o tratamento dos hansenianos enfatiza a sua liberação da custódia oficial, garantindo o seu tratamento em dispensários, os pacientes e ex-pacientes organizam-se, em movimentos reivindicatórios, por seus direitos, pelo reconhecimento de sua condição de dependentes sociais e da dívida social do serviço público para com eles, por terem estado segregados. Nos estados do Amazonas e do Acre, onde a prevalência da doença é das mais altas do país, as Assembléias Legislativas votaram leis que asseguram pensão vitalícia aos portadores da doença. (Jornal do Brasil, 16/11/1987). Nas antigas colônias, a resistência à saída se expressa na demanda pela posse da moradia que ocupam dentro da própria colônia. Ou a resistência à desativação das colônias configura-se de um modo mais sutil: os pacientes, em grande proporção, continuam morando lá e, em alguns casos, levam parentes e amigos, com a cumplicidade ou omissão das administrações.

"O que significa a cura? A cura seria voltar para a sociedade, perder a tutela aqui, que foi um mundo conquistado, cruelmente por ele... Cura? No caso a gente estaria falando de cura bacteriológica só. A mutilação é outra coisa; mutilado ele não tem como garantir a sobrevivência". (Dep. nº 20)

"O sujeito que está, ou no Hospital ou está no ambulatório, ou não está em lugar nenhum, mas existe um interesse pra ele ficar internado na Colônia, na

comunidade. Isso (a internação) passou, durante muito tempo, pelo Serviço Social. Existiam critérios estabelecidos pelo Serviço Social para internar. É um sistema perverso: um doente internado na Colônia significa uma verba [...] para a instituição". (Dep. nº 21)

Os critérios que estabelecem as condições de alta e o conceito de cura não são compreendidos do mesmo modo por ambas as categorias de atores envolvidas na questão da assistência à hanseníase: agentes institucionais e o conjunto de pacientes e familiares. Altas administrativas e estatísticas, mesmo sem considerar a referência à internação ou ao dispensário, não têm um significado de cura explícito, não contemplam a questão das incapacidades, o que não pode ser facilmente assimilado pelos pacientes e seus familiares.

"Aqui dentro são 107 casas, 12 pavilhões. E tem a cesta básica. Nenhum hospital tem isso. Muitos conseguem residência por isso. As verbas são alocadas de acordo com o número de internações. E faz você pagar rios de dinheiro para pessoas que não têm necessidade. Pagar para um sujeito que está morando na mesma casa; que recebe uma cesta básica de comida, muito farta, não paga luz, não paga gás, não paga IPTU, não paga coisa nenhuma. E Governo do Estado que paga por essa segurança, além de estar dando tudo pra ele, sem contar a estrutura". (Dep. nº 20)

(A maioria dos internados nas colônias são aposentados da previdência social e, segundo informação de funcionários, muitos recebem mais de uma aposentadoria e todas as famílias que residem no interior da ex-Colônia recebem além da moradia, sem ônus, uma cesta básica, situação que ocorre, segundo os depoimentos, em todas as colônias).

"No passado, quando a família empurrava esse paciente e a Colônia tinha mais recursos. O paciente, às vezes, pagava por ser doente. Ele mandava os proventos que recebia para família. A crise aumentou, e, com a abertura da Colônia, algumas famílias vieram morar aqui dentro. Aí começou... Num determinado momento a família fica querendo, agora, expulsar o paciente da casa para o pavilhão. Quer dizer, esse paciente tinha uma casa na vila; a família veio lá de fora, ocupou a casa e, agora quer expulsar o paciente para o pavilhão. Quando o beneficiário morre os benefícios devem ser cortados [...] ou deveriam. Ou a casa deveria ser cedida para outro paciente, que seria tirado do pavilhão e colocado na casa[...] Isso nem sempre ocorre [...]". (Dep. nº 20)

[...] É como se houvesse um pacto nessa comunidade. Quando você passa a fazer parte do mundo aqui de dentro não tem só a moradia, não tem só a comida, não gasta com luz, enfim com essas coisas[...]. Há o fato de ter um igual a você: Eu também sou mutilado, eu também tenho seqüelas... São relações e de cumplicidade. O paciente que reside na Colônia, depois que ele cria vínculos aqui dentro, dificilmente ele quer sair. A abertura não significou que o paciente quisesse sair daqui. A constituição dessa Colônia, ocorreu num período de 20, 30 anos, com as pessoas morando aqui dentro, e elas constituíram famílias, formaram hábitos, que se traduziram em alianças. Que ao mesmo tempo são reflexos do sistema do lado de fora [...] eles fazem as próprias leis aqui dentro. Por conta de serem doentes, eles têm a proteção, a tutela do Estado, da instituição... É uma relação perversa". (Dep. n.º 24)

Parece claro que a questão econômica está na determinação da permanência dos pacientes e suas famílias nas colônias, favorecida por uma relação paternalista que se estabelece entre instituição e clientes e por razões de natureza política-administrativa não explícitas.

O discurso dos agentes que trabalham nas instituições de assistência aos hansenianos, principalmente nas estruturas coloniais remanescentes, expressa, como se viu, a convergência de determinações oriundas das representações da doença, ainda não superadas por completo; determinações econômicas, que mantém o antigo doente e suas famílias apegados aos benefícios tutelares do Estado; problemas de natureza política, relacionados aos mecanismos pelos quais a instituição vincula-se ao Estado, garantindo a sua sobrevivência e reprodução; e, ainda, as insatisfações dos profissionais que não conseguem elaborar e superar os problemas encontrados.

A análise coloca em evidência uma situação indefinida e complexa. Embora considerado concluído na instância que se produzem os conhecimentos que subsidiam a invenção das tecnologias de intervenção e no espaço político administrativo em que as novas práticas são formuladas, o fechamento das colônias não se efetivou na prática. A implementação das novas terapêuticas, aplicadas aos pacientes novos, confrontam-se com as representações sobre a doença fixadas na cultura e que o público, a clientela potencial da instituição - pacientes e não

pacientes -, ainda não superou. E, nas estruturas remanescentes, manifesta-se a realidade ambigua da cura-não cura, que as incapacidades e os lesionados sociais expõem, para as quais a sociedade não tem solução visível, como não tem para a extrema pobreza, que encaminha um indivíduo sadio pra morar na colônia. Essas estruturas ainda vivas constituem um fértil campo de estudo para as questões sociais relativas às relações entre as instituições e o Estado.

3. A desinstitucionalização em psiquiatria

Foi nas políticas referentes às doenças mentais que a transformação do modelo asilar tornou-se mais evidente, tanto pelo fato de estar envolvida em uma ampla discussão politico-ideológica, como pelo público reconhecimento do "insano e distorcido sistema psiquiátrico que interna quem não está doente e piora o que está". (Jornal do Brasil, 16/01/1983). Distorção que se manifestava no acúmulo de um número cada vez maior de pacientes internados, os quais, em sua maioria, não preenchem os critérios de "irreversibilidade", referidos por Morgado e Lima, (1994, p.21) embora muitos deles sejam pacientes graves.

A transformação das práticas de institucionalização de portadores de transtornos mentais está ocorrendo agora. Não constitui um problema discursivamente resolvido, como na questão dos leprosos, nem tampouco um processo acabado, como no caso do isolamento dos tuberculosos. Emerge no ocaso de ambos, gerando uma polêmica intensamente politizada, que aponta para a necessidade de discuti-la de modo particular.

As críticas ao modelo psiquiátrico institucional, centradas nas denúncias dos procedimentos terapêuticos violentos,- o eletrochoque, o confinamento e as drogas, medidas invasivas e brutalizantes-, das condições aviltantes em que vivem as pessoas segregadas e dos compromissos político-ideológicos das instituições

com o sistema formal de poder, e vão polarizar a discussão sobre a questão institucional em geral e sobre as práticas psiquiátricas em particular.

Os mecanismos controladores da instituição são reconhecidos como reflexos dos mecanismos de poder da sociedade, o que, segundo Guilhon de Albuquerque, "faz de todas as instituições uma simples engrenagem de seu braço repressor". (1978, p.26). Mas, dessa discussão e das denúncias que a permeiam, foram geradas propostas de mudanças significativas, que vão, desde a invenção de novas estratégias alternativas para aquelas práticas, até a extinção dos manicômios.

E o problema, como já ocorrera na Europa, coloca-se, no Brasil, não só no seu aspecto técnico-científico, como no ideológico-político. Aqui, agravado pela crise institucional que o país atravessa, não se limita aos problemas relativos à assistência psiquiátrica, apesar de suas características particulares, mas integra-se no processo de crise com que convive o sistema de saúde em geral. Nesse processo a questão privatização/estatização é destacada, evidenciando o conflito de interesses que abrange os diferentes setores da sociedade.

As críticas aos estabelecimentos asilares- hospícios, colônias, sanatórios, vêm se avolumando desde o início do século. Mas foi somente após a Segunda Guerra que a questão tomou forma de projetos alternativos concretos. É o caso da "psiquiatria de setor" introduzida na França, no após guerra.

De acordo com Morgado e Lima (1994, pp.21-22), foi a partir de 1960 que o "tratamento e cuidados da pessoa com distúrbios mentais desloca-se do hospital psiquiátrico para os serviços e postos de saúde mental, consultórios individuais e centros comunitários".

Desde 1922, segundo Cavalcanti, (1992) a França havia criado Ambulatórios de Saúde Mental, embora o modelo, implantado após Segunda Guerra, constitua um sistema alternativo novo. Nesse modelo, que nasce de uma crítica ao "hospitalocentrismo" do alienismo, o que se buscava era o deslocamento da assistência do hospital para estruturas menos segregadoras. O sistema era

constituído por uma rede de serviços, que incluía uma equipe de profissionais e instituições - o hospital psiquiátrico clássico, ambulatórios e um sistema de plantões, para o atendimento de emergência -, assegurando a continuidade dos cuidados. (Cavalcanti, 1992). "A instituição psiquiátrica é pensada como uma rede, cujo eixo não está no hospício, mas na cidade [...]. A função da psiquiatria é ampliada à proteção da saúde Mental". (Bonnafé, L., In: Cavalcanti, 1992, p.102)

A Reforma da Assistência Psiquiátrica ocorrida na França,- e não há dúvida de que foi uma Reforma -, tinha sua base em alguns princípios, entre os quais destaca-se a importância da família. "O princípio essencial da organização da luta contra as doenças mentais é, com efeito, separar o menos possível o doente de sua família e de seu meio". (Delion, In: Cavalcanti, 1992, p.103). A psiquiatria de setor, significou a construção de uma nova maneira de lidar com o problema da doença mental e a reintrodução da questão da psiquiatria social.

O modelo, que culminou por volta de 1960, perdeu hoje sua importância. Observa-se na França, segundo Cavalcanti, "o declínio desta política [...], a idéia de que uma psiquiatria pública, responsável pela assistência integral, contínua e individualizada ao doente mental, realizada por uma equipe única, vem perdendo cada vez mais terreno [...]. A expansão de setores privados e a política neo-liberal não apontam para uma direção onde o setor tenha vez". (Cavalcanti, 1992, p.106). A implantação da psiquiatria de setor não reduziu o número de leitos.⁽⁸⁾ A população de pacientes, constituída de crônicos e/ou idosos, pacientes de baixa renda e de baixo nível social, que "há muito tinham rompido os laços com uma vida normal e não tinham como, nem para onde retornar, e os chamados 'revolving

⁽⁸⁾ A França tem, hoje, 2 leitos psiquiátricos por 1.000 habitantes. O tratamento mental é, lá, em princípio, fora do Hospital - em dispensários, consultórios, clínicas -, mas, se há indicação, os pacientes são internados. (Fonte: Morgado, A. Consultoria e Cavalcanti, M. Entrevista)

door',⁽⁹⁾ pacientes que recebiam alta e eram internados novamente imediatamente, para novamente receberem alta, entrando e saindo dos hospitais intermitentemente, continuou internada". (Cavalcanti, 1992, p.106). Adotou-se o que se convencionou chamar de "internações curtas", que a autora entende ser um eufemismo, que encobre a intermitência. Cavalcanti, reconhece que as novas terapêuticas reduziram o tempo de internação e melhoraram as condições de vida dos pacientes hospitalizados, conquanto o hospital psiquiátrico permaneça, para funções para as quais ele ainda é "insubstituível".(p.109)

O princípio de unificação que promoveu a reforma ocorrida na França, é o de ordem administrativa que "permite gerir a heterogeneidade de um certo número de práticas e de instituições que tentam se encarregar das perturbações psíquicas, no momento que emergem na comunidade e nela causam problemas".(Cavalcanti, p.106). O que se verifica, segundo a autora, é que as modificações na assistência psiquiátrica ocorreram, na verdade, por motivos administrativos e econômicos: acreditava-se que a assistência extra-hospitalar seria mais econômica, o que não se evidenciou na prática. (Cavalcanti, 1992, pp.106-108)

Nos Estados Unidos, onde a organização dos serviços médicos é da competência de cada Estado e a assistência médica tem sido prevalentemente privada, o processo de desinstitucionalização ou desospitalização dos doentes mentais configura-se de modo diverso.

Dos tempos coloniais até o século XIX, na América, os doentes mentais, eram tratados, principalmente, pelas famílias. O crescimento da população e outras mudanças ocorridas na sociedade contribuíram para que fossem criados, inicialmente, hospitais privados, de porte médio, cujo número de leitos variava de

⁽⁹⁾ Literalmente "Revolving Door" significa as portas rotativas da entrada dos bancos. Em psiquiatria refere-se aos pacientes que recebem alta e são novamente internados no mesmo hospital ou em outro, para novamente receberem alta, entrando e saindo dos hospitais intermitentemente. A expressão não se aplica aos pacientes que são reinternados por exacerbação dos sintomas, condição em que a reinternação é indicada.

20 a 100. No século XIX, o princípio da responsabilidade do Estado para com os alienados se estabeleceu: em 1850, havia 8.500 pacientes hospitalizados e, em 1955 558.000. (Cavalcanti, 1992, p.111). Mas, a autora lembra, que o número de hospitalizações era influenciado pelas conjunturas econômicas, principalmente pela recessão, e que a estrutura dos estabelecimentos onde elas se davam não eram asilares.⁽¹⁰⁾

A Segunda Guerra, constitui, na América, como na França, um marco, com referência a questão da desospitalização ou desinstitucionalização. A profunda transformação que se dá na sociedade americana, no período que se segue à Segunda Guerra, acompanha-se de inúmeras mudanças. E foi nesse período que emergiram novas formas de administrar os serviços de saúde mental, tendo sido criados serviços de psiquiatria em hospitais gerais.

O movimento nos Estados Unidos, começou durante a Segunda Guerra, quando, os convocados que tinham problemas de consciência e se recusavam a irem para a guerra foram, então, trabalhar, como atendentes, nos hospitais psiquiátricos públicos e, deparando-se com as "sofríveis condições de trabalho e com a precariedade de cuidados assistenciais", empenharam-se na melhoria dessas condições. (Morgado e Lima, 1994, p22). O movimento de higiene mental que se expandira, com alguma receptividade, nas primeiras décadas do século e que se retraíra durante a recessão, volta, então, à discussão.

O processo de reforma que se dá com intervenção federal, tem, razões econômicas, mais que técnicas. Em 5 de fevereiro de 1963, proposta do Presidente Kennedy "recomenda ao Congresso a atribuição aos Estados de Fundos para a construção de Centros de Saúde Mental Comunitários Completos". (Cavalcanti, 1992, pp.111-112). Esses Centros deveriam comportar os serviços de urgência,

⁽¹⁰⁾ Ressalve-se que em 1850 a população americana era substantivamente menor que em 1955, o sistema de registro não era preciso e a psiquiatria ainda não havia desenvolvido critérios comuns de códigos para diagnóstico. No Brasil, a situação não era muito diferente.

hospitalização, ambulatórios, e, ainda, de educação da população. Assim, juntamente com a retomada das proposições da higiene mental, observa-se a emergência das novas propostas da medicina comunitária.

Ao assinar o ato em 31/10/63, o Presidente Kennedy comemora, declarando que, com esta legislação, os Centros terapêuticos substituirão as instituições psiquiátricas de tutela e será possível, em um ou dois decênios, reduzir à metade ou mais, o número de pacientes que se encontram nos hospitais. (Castel, 1979, p.84. In: Cavalcanti, p.112)

Os Centros de Saúde Mental Comunitários implantaram-se com uma abordagem médica da doença mental e sua implementação se definia a partir de algumas disposições explícitas: A manutenção dos Hospitais pelo Estado e a implantação de Centros de Tratamento próximos ao domicílio.

A concepção de Medicina Comunitária, contida nos princípios que sustentam os Centros Comunitários de Saúde Mental e a substituição do hospital psiquiátrico por Centros de Tratamento, revelam a dimensão política do modelo de reforma da assistência psiquiátrica americana.⁽¹¹⁾

Aviram et alii, (1973), relatando os resultados de uma pesquisa realizada nos Estados Unidos, na qual foi utilizada uma metodologia de mensuração das atitudes com relação aos pacientes mentais, mostra que o fechamento dos hospitais não contribuiu para diminuir o grau de exclusão social dos pacientes. Eles continuam excluídos, só que de modo mais sutil: não estão segregados ou confinados, mas não são aceitos. A pesquisa foi realizada na Califórnia, onde foi mais intensa a participação de pessoas privadas na oferta de serviços, lugares de acolhimento para antigos pacientes, pensões ou lares abrigados, iniciativas particulares, com fins lucrativos, tendência que ainda não se observa no Brasil. Segundo os autores, a exclusão não se define como um fenômeno limitado ao

⁽¹¹⁾ Conf. Donnangelo, M.C.F., 1976, p. 29-75.

confinamento físico, mas está presente nas relações entre as pessoas entre si e entre estas e as comunidades. Trata-se de um fenômeno que pode ser observado nas condutas individuais com referência aos ex-doentes ou pacientes desospitalizados, assim como nos mecanismos burocráticos que entram e dificultam a implantação de lugares alternativos- lares abrigados, pensões, etc.

3.1. A experiência italiana de desinstitucionalização

Na experiência vivenciada na Itália, de acordo com Rotelli et alii, (1990), amadureceu uma reforma dos serviços psiquiátricos, que não só aboliu a internação no Hospital psiquiátrico, mas, tornou-se "um processo social complexo que tende a mobilizar os sujeitos sociais envolvidos, que tende a transformar as relações de poder entre os pacientes e as instituições, que tende a produzir estruturas de Saúde Mental que substituam inteiramente a internação no Hospital Psiquiátrico e que nascem da desmontagem e reconversão dos recursos materiais e humanos que estavam ali depositados". Os autores acrescentam que se o objeto observado é a transformação da instituição psiquiátrica, o discurso apresentado tem também "implicações referentes a toda a organização sanitária". (Rotelli et alii, 1990. p.18). Essa observação aplica-se à crise dos projetos sanitários que se encontra com a transformação da instituição psiquiátrica nessa fase da história.

Contudo, a reforma italiana foi sobretudo um trabalho político e é natural que seja avaliada nessa ótica. A desinstitucionalização veio a constituir-se, nessa perspectiva, uma palavra de ordem, tomada como bandeira ou "mito", imputada aos reformadores, que foi utilizada para muitos e diferentes objetivos: "para os reformadores ela sintetizava precisamente os objetivos de reformar o modelo; para os grupos de técnicos e políticos radicais, ela simbolizava a perspectiva da abolição de todas as instituições de controle social e se emparelhava à perspectiva anti-psiquiátrica; para os administradores, ela era, sobretudo, um programa de

racionalização financeira e administrativa, sinônimo de redução de leitos hospitalares e de uma das primeiras operações conseqüentes da crise fiscal". (Rotelli et alii, 1990, p.19)

E é sobretudo com este último significado que a desinstitucionalização foi praticada, como desospitalização, incluindo uma política de altas hospitalares, redução mais ou menos gradual do número de leitos e, em alguns casos, fechamento de hospitais psiquiátricos.

Para os grupos de técnicos que as sustentaram, nas experiências desenvolvidas na Itália, a desinstitucionalização "não foi entendida nos termos redutivos de uma perspectiva abolicionista" do tipo político radical, e também nunca se identificou com a desospitalização..." (Rotelli et alii, 1990, pp.18-19). Embora concordem que, nas intenções das reformas psiquiátricas dos anos 60, na Europa, estavam contidas a superação gradual da internação nos manicômios, através da criação de serviço na comunidade, e o deslocamento da intervenção terapêutica para o contexto social das pessoas. Tal concepção, significou a transformação da forma organizativa dos sistemas de saúde mental que rompeu com o "predomínio cultural do modelo segregativo clássico da psiquiatria, no qual o manicômio constituía a única resposta ao sofrimento psíquico". (Rotelli et alii, 1990, pp.18-19)

A análise que Rotelli e seus colaboradores fazem da psiquiatria transformada, põe em evidência os seguintes traços comuns às experiências de desinstitucionalização em psiquiatria:

a) A internação psiquiátrica continua a existir na Europa e nos Estados Unidos. A política de desospitalização foi acompanhada de uma redução do número de internações e de outras medidas que reorganizam o sistema; entendida como desospitalização, a desinstitucionalização produziu o abandono de parcelas relevantes da população psiquiátrica, bem como "transinstitucionalização", isto é, troca ou substituição de uma instituição por outra;

b) Os serviços territoriais ou de comunidade convivem com a internação mas não a substituem. Esses serviços expressam a nova intenção terapêutica que não contempla a coação e a custódia. Análises sociológicas e sócio-psiquiátricas apontam, entre os riscos observados na difusão dos serviços psiquiátricos, a psiquiatrização dos problemas sociais;

c) O sistema de saúde mental funciona como um circuito em que os serviços psiquiátricos e territoriais alimentam-se reciprocamente. Nesse circuito interagem: o centro de intervenção durante a crise, o serviço social que distribui subsídios, o ambulatório que distribui fármacos, etc. E esse circuito é uma espiral, ou seja, um mecanismo que alimenta os problemas e os torna crônicos.

Ao final dessa análise, os autores assumem ser possível concluir que o balanço da desinstitucionalização "não alcançou o objetivo de superar a necessidade de coação e, portanto, dos locais de internação. Eles permanecem e se confirmam como um elemento necessário ao funcionamento do sistema como um todo". (Rotelli et alii, 1990, pp.22 e 24)

Esse resultado é confirmado por Tansela e Cols.(1987), Morosini e Cols.(1985) e Jones e Polletti, (1985). Os resultados desses pesquisadores indicam que, no interior e no sul da Itália, difundiram-se os "asilos na comunidade" e que a vasta propaganda favorável baseia-se em alguns centros localizados, os quais são bastante divulgados. (In: Morgado e Lima, 1994, p.22)

Mas o que a discussão da experiência italiana torna evidente é a necessidade de desinstitucionalizar o paradigma: o modelo racionalista, com base na relação codificada - definição e explicação do problema e reposta ou solução racional, tecnicamente ótima -, não comporta os métodos de trabalho da psiquiatria. Modelo, dentro do qual, terapia tem o significado de um sistema de teorias e normas de prestação de serviços, que, em geral, leva do diagnóstico ao prognóstico e à cura. Este paradigma não se aplica à psiquiatria, afirmam Rotelli et alii, (1990, pp.25-29): a doença mental não se submete a essas regras. Os esforços

para explicá-la não obtêm êxito, o empenho por uma definição racional é vão. Apesar do desenvolvimento do equipamento terapêutico, a doença continua a ser um objeto enigmático, a cronicidade permanece e a psiquiatria continua, em relação à doença mental, a maior parte do tempo, impotente.

Além disso, a forma assumida pela instituição psiquiátrica invalida o paradigma racionalista: pois o manicômio, efetivamente, se constitui, sobretudo, como local de descarga e de ocultamento de tudo aquilo que, como sofrimento, miséria ou distúrbio social, resulta incoerente frente aos códigos de interpretação e de intervenção (problema-solução). É que, segundo os autores, a psiquiatria encontra-se atrasada quanto a sua própria identidade, mantendo-se na fronteira entre a medicina e a justiça.⁽¹²⁾ No seu conjunto, a impossibilidade de "conhecer o problema e construir uma solução aparece como uma falta constitutiva da psiquiatria que, uma vez enfocada, lança luz crítica sobre o acúmulo de códigos diagnósticos, aparatos organizativos e administrativos e especializações terapêuticas". (Rotelli et alii, 1990, p.27)

Para Rotelli e seus colaboradores, os psiquiatras inovadores italianos trabalham com a hipótese de que "o mal obscuro da Psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a "doença," da existência complexa e concreta dos pacientes e do corpo social. Sobre esta separação artificial foi construída um conjunto de aparatos científicos legislativos e administrativos, isto é, a 'instituição' ou o hospício, conjunto que é preciso desmontar". O primeiro passo nesta direção ou seja o primeiro passo na direção da desinstitucionalização, foi o de começar a "desmontar a relação problema-solução, renunciando a perseguir aquela solução racional (tecnicamente ótima) que no caso da Psiquiatria é a normalidade plenamente estabelecida". Isto não significa renunciar a tratar, a cuidar, mas significa "uma mudança de ótica que atinge o conjunto das ações e interações

⁽¹²⁾ Caso das drogas, que é da alçada do Ministério da Justiça.

institucionais". [...] "Não se está mais diante de um problema dado em relação ao qual se formulam e se experimentam soluções; ao contrário, estamos implicados no confronto com uma estrutura de respostas científicas, terapêuticas, normativas, organizativas, que se auto-legitimaram como soluções racionais, definindo, plasmando e reproduzindo o problema á sua própria imagem e semelhança". (Rotelli et alii, 1990, pp 28-29)

Em princípio, na desinstitucionalização não se pretende enfrentar a etiologia da doença, mas, ao contrário, adotar uma "intervenção prática que remonte a cadeia das determinações normativas, das definições científicas, das estruturas institucionais, através das quais a doença mental, isto é, o problema, assumiu formas de existência e de expressão. Por isso a re-proposição da solução reorienta de maneira global, complexa e concreta a ação terapêutica como ação de transformação institucional". (Rotelli et alii, 1990 pp.28-29)

Fica claro que desinstitucionalização, nessa nova ótica, apresenta-se à análise como um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, "desmonta a solução institucional existente para desmontar [e remontar] o problema. "Transformam-se os modos pelos quais as pessoas são tratadas (ou não tratadas) para transformar o seu sofrimento, porque, mudando o significado, terapia não é mais entendida como a perseguição da solução-cura, mas um conjunto complexo e também cotidiano e elementar de estratégias indiretas e mediatas que enfrentam o problema em questão, sobre os modos de ser do próprio tratamento.

E, nessa acepção, instituição vai constituir-se no "conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos", e de códigos de referência e de relações de poder, que se estruturam em torno do objeto: a "doença". No caso, se o objeto ao invés de ser a "doença" torna-se a "existência" - sofrimento dos pacientes e a sua relação com o corpo social - então a desinstitucionalização será o processo

crítico-prático para a reorientação de todos os elementos constitutivos da instituição para este objeto, bastante diferente do anterior.

O processo de desinstitucionalização, diante da ruptura do paradigma que engendra essa instituição, torna-se, agora, reconstrução da complexidade do objeto. Rompe-se a rigidez mecanicista constitutiva do processo "doença" e "cura". A ênfase não é mais colocada no processo de cura, mas no projeto de invenção da saúde e de reinserção social do paciente. O problema não é a cura, (vida produtiva), mas a produção de vida, no sentido de sociabilidade, de utilização das formas de convivência dispersa.

A partir da ruptura do paradigma clínico, institui-se o papel central dos serviços modernos do bem estar e seu novo significado institucional. E a questão colocada pela desinstitucionalização aparece dicotomizada: a percepção clínica, que direciona para uma ação de intervenção, e a emancipação proposta, que envolve as estruturas internas e externas do campo terapêutico.

A nova política de saúde mental vem sendo construída a partir do interior da instituição e envolve e mobiliza os sujeitos sociais, atores envolvidos nos sistemas de ação institucional e no processo de desinstitucionalização: técnicos que trabalham no interior da instituição e cujas relações com os pacientes são transformadoras e transformam, pacientes e familiares, comunidade, opinião pública, sujeitos políticos. O processo de desinstitucionalização assim descrito suscita e multiplica as relações, isto é, produz comunicação, solidariedade e conflitos, já que mudanças das estruturas e dos sujeitos e de suas culturas só podem acontecer conjuntamente.

E, visto com esse novo olhar, o objetivo prioritário da desinstitucionalização é transformar as relações de poder entre a instituição e os sujeitos, em primeiro lugar, os pacientes.

Inicialmente, no trabalho de (des)construção do manicômio, esta transformação é produzida através de gestos elementares: medidas que eliminam os

meios de contenção; restabelecem a relação do indivíduo com o próprio corpo; restauram o direito à posse e a capacidade de uso dos objetos pessoais; tornam efetivo o direito e a capacidade do uso da palavra; eliminam a ergoterapia; abrem as portas; ensejam meios, espaços e objetos de relacionamento; liberam sentimentos; restituem os direitos civis eliminando a coação, as tutelas jurídicas e o estatuto de periculosidade; reativam uma base de procedimentos, para possibilitar acesso aos intercâmbios sociais. Mudanças aparentemente simples, porém difíceis de serem efetivadas.

A cumplicidade dos agentes é indispensável para a efetivação destas mudanças, porque a desinstitucionalização é, sobretudo, um trabalho voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. Talvez não resolva por hora, não cura agora, mas, no entanto, cuida. Descartada a solução-cura, descobriu-se que cuidar significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento dos pacientes, e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana que alimenta este sofrimento.

A desinstitucionalização é, assim, um trabalho homeopático que usa as energias internas da instituição para desmontá-la. As transformações institucionais são, então, produzidas a partir de dentro, trabalhando com aquilo que existe, um processo dialético de construção e reconstrução.

Em síntese, o processo de desinstitucionalização, segundo Rotelli et alii (1990), caracteriza-se por estes três aspectos que vão se dando, à medida que o manicômio vai se desmontando, e que representam sua conotação de fundo:

- a) A construção de uma nova política de saúde mental a partir da base;
- b) a centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global, complexa e concreta dos pacientes;

c) a construção de estruturas externas que são totalmente substitutivas da internação no manicômio, porque nascem do interior de sua decomposição e do uso e transformação dos recursos materiais e humanos que estavam ali depositados.

A desinstitucionalização configura-se, então, como um processo, em que as formas de administrar os recursos públicos para a saúde mental são modificadas e a prática profissional dos operadores é "enriquecida e torna-se mais complexa".

Em um sentido prático, os novos serviços, como, segundo os autores, acontece em Trieste, devem responder a totalidade das necessidades de saúde mental de uma população determinada e incluem: os Centros de Saúde Mental, o Plantão Psiquiátrico no Hospital Geral e outras estruturas capazes de atender as necessidades dos pacientes.⁽¹³⁾

Os autores lembram que o trabalho de desinstitucionalização, mesmo quando definido em lei, não se completa com a aprovação da reforma e sim, prossegue com a sua implantação. Quer dizer, não basta a lei, é preciso que seu conteúdo se difunda, internalizado nas representações sociais, para que assim ela seja cumprida.

3.2. O movimento anti-exclusão nas políticas de saúde mental no Brasil

A constatação da prática do confinamento de indivíduos ou de categorias de indivíduos - clínica ou socialmente considerados riscos para os demais membros da sociedade, ou para a ordem social vigente -, que eram, até então, segregadas em estabelecimentos institucionais, começa a manifestar-se, no Brasil, com a introdução do movimento "anti", no âmbito da saúde mental. O movimento apresentou-se, de início, sob a modalidade conhecida como "psiquiatria da

⁽¹³⁾ A realidade econômica de Trieste, onde o modelo se forjou é bastante especial. O setor, em Trieste, assiste uma população de 30.000 habitantes; na França, 70.000 e na Inglaterra, cerca de 100.000. No Brasil não há definição deste número. A transposição da experiência italiana ou francesa para a situação brasileira implica em uma redução, mais que numérica, sociológica.

comunidade", que Albuquerque diz tratar-se de uma tendência liberal da psiquiatria, que "leva a desospitalizar os doentes por razões de eficácia médica e de economia". (1978, p.34). "O psiquiatra, com a ajuda de uma equipe de assistentes sociais, psicólogos, psicossociólogos, e, se possível, com a orientação geral de um psicanalista, passa a agir diretamente na comunidade, com o objetivo de "depistar"⁽¹⁴⁾ a doença mental, mas, também, os mecanismos patogênicos que porventura encontre na escola, na família, nas associações. Dentro dessa perspectiva preventiva e não repressiva, o psiquiatra ou qualquer outro profissional do setor "psi", atribui-se uma competência além dos limites do tolerável. Arroga-se a solução dos desajustes sociais e, porque não, políticos⁽¹⁴⁾ e econômicos". (Albuquerque, 1978, pp.34-36). E, concluindo, o autor questiona: "volta e meia o humanitarismo dos intelectuais chama a atenção para os deserdados mais radicais da "sociedade de abundância", para a sua situação de segregados e para a necessidade de abrir as portas das prisões e dos asilos, arejá-los e humanizá-los...".

No entanto, a retórica do movimento "anti", plena de elementos humanísticos e éticos, às vezes utópicos e revolucionários, omite a crueza da realidade social onde se insere o sistema institucional que pretende mudar, e obscurece o modo pelo qual a mudança que propõe se articula com os demais movimentos que interagem no espaço social. Retórica que enfatiza a volta das pessoas integrantes das categorias segregadas, às famílias, reconhecidas como responsáveis pelo seu cuidado e assistência, e à comunidade, que deve ser capaz de absorver os problemas nela gerados.

Desde 1950, a Organização Mundial de Saúde, em documento elaborado por um Comitê de Peritos em Saúde Mental, recomendava às nações membros, especialmente aos países em desenvolvimento, que investissem em ações de saúde mental, usando, como argumento, o alto custo da doença mental para o processo

⁽¹⁴⁾ Em francês "depistage", triar, rastrear, separar, separando casos de não casos.

produtivo. Os argumentos que expressam a racionalidade objetiva que caracteriza o discurso, são os mesmos que recomendam a desativação dos sanatórios de tuberculose. (Resende, 1987, pp.15-75)

Em fins dos anos 50 e início da década de 60, segundo Rezende, a superpopulação, a deficiência de pessoal, os maus tratos nos hospícios era igual ou pior do que nos presídios. Quadro que, nas décadas de 70/80, nas instituições psiquiátricas do Estado do Rio de Janeiro, não havia mudado.

Entre as funções das instituições psiquiátricas, identificadas em suas práticas, estão relacionadas: a) curar; b) recuperar a força de trabalho; c) abrir e criar novas fontes de trabalho para o pessoal de saúde; d) promover a auto-reprodução do próprio sistema de assistência e de setores da economia ligados às instituições psiquiátricas - hospitais e indústria farmacêutica -; e) ideologizar as relações sociais, conferindo, desta forma, racionalidade à irracionalidade do sistema; f) dar um lugar aos desviados, excluindo-os; g) difundir e inculcar normas de comportamento, visando homogeneizar as diferenças individuais. "Á psiquiatria cabia simplesmente recolher e excluir as sobras humanas que cada organização social, que cada momento histórico havia produzido". (Resende, 1987, pp.59-60)

Em um estudo sobre a clientela dos Hospitais psiquiátricos públicos e privados em Minas Gerais, Moreira, (1983), identifica, entre outras, as seguintes funções do hospício, que a sua finalidade terapêutica explícita encobre: "a) um meio para obtenção de licença na Previdência Social e um refúgio de desempregados com a mesma finalidade; b) um lugar de repouso, colônia de férias, restauração de energia e de força; c) um abrigo, albergue ou asilo de velhos, menores abandonados e mendigos, isto é, sem família e sem lar; d) casa correcional ou prisão para alcoólatras, toxicômanos, brigadores, desordeiros, desafetos, isto é, para todos aqueles que perturbam a ordem pública e desrespeitam as normas familiares e sociais; e) refúgio de criminosos, estupradores, corruptos, malversadores de cofres públicos, entre outros. Trata-se de função próxima a

anterior. Aí há o interesse, por parte da família, e, às vezes, da pessoa, de encobrir o ato criminoso com motivos de desordem psíquica; f) recurso para internação de pessoas com problemas clínicos, neurológicos ou outros do gênero, mas que apresentam qualquer desordem emocional; g) meio para conseguir bons rendimentos eleitorais pelo uso do clientelismo para as internações.

Ao que parece, embora as condições em que convive a maioria dos pacientes internados em instituições sejam degradantes, ainda assim, a ausência de condições mínimas de sobrevivência e de mecanismos sociais de assistência, caracteriza um estado de miserabilidade e orfandade social ainda maior. Por isso, há aqueles que preferem a internação em hospícios.

Apesar da assistência médica ter sido incluída nos benefícios da previdência, a atenção psiquiátrica só será incorporada às demais especialidades ao final da década de 50. Mesmo assim, abrangendo, à princípio, apenas as categorias de bancários e comerciários. Desse modo, somente o setor público mantinha hospícios, embora houvesse Casas de Saúde que internavam clientes particulares, sem a intermediação da previdência social.

Enquanto a idéia de substituição do modelo de exclusão toma corpo e emerge, manifesta-se um outro aspecto do problema: o período que vai de 1965 a 1970 foi marcado pelo afluxo maciço de doentes para as redes privadas, procedimento facilitado pela política privativista adotada pelos governos militares. Enquanto a população nos hospitais públicos permanecia estável, nas instituições conveniadas saltou de 14.000 para 30.000. No mesmo período as empresas médicas internavam 90.000, e o tempo médio de permanência foi aumentado. (Resende, 1987, p.62)

As propostas formuladas pelo Ministério da Saúde para a assistência psiquiátrica, a partir de 1972, incorporam, ou contemplam, as críticas ao sistema assistencial asilar e incluem sugestões alternativas à hospitalização: ações dirigidas ao egresso, campanha de reabilitação de crônicos, visando a reintegração social dos

doentes. Mas a psiquiatria não é, ainda, uma atividade prioritária: de 1970 a 1980 os recursos destinados à assistência psiquiátrica foram reduzidos de 8% do total de recursos alocados à assistência médica, para 4.25%. (Resende, 1987, p.67)

Paralelamente, o perfil nosológico dos clientes dos hospitais mudou, passando a incluir, em proporção maior, neuróticos e alcoólatras. Fenômeno que não é restrito ao Brasil, ocorrendo, também, na Inglaterra e nos Estados Unidos, e que, portanto, não se explica apenas na avidez por lucros das instituições hospitalares brasileiras. Contudo, sob o rótulo de neuroses ou outra categoria imprecisa, podem estar ocultos problemas sociais que têm no asilo a única solução possível. E, embora não explicitada, pode haver uma relação entre a carência de mão de obra, observada no início dos anos setenta, e o fato de que as propostas para as práticas psiquiátricas que viriam a seguir mencionassem, explicitamente, entre outros objetivos, o de manter o doente na comunidade e não afastá-lo da família. (Resende, 1987, pp.62 e segs.)

Anote-se a importância da participação dos profissionais das instituições, divulgando uma posição crítica em relação à psiquiatria asilar, ao denunciar as suas práticas violentas, que contribuiu significativamente para fortalecer a idéia da necessidade de substituição do modelo. (Delgado, 1987)

Delgado admite que, de qualquer maneira, constatava-se que o destino asilar, seja para o asilo público ou privado, era uma contingência da inserção social da clientela, antes que de sua patologia. "Se tal inserção era o determinante da patologia da qual resulta a internação, é outra questão", acrescenta o autor. E esse não é um problema brasileiro. Jervis, (1970), analisando a reforma do sistema psiquiátrico italiano, refere-se a problemas semelhantes afirmando que: "Os Hospitais Psiquiátricos podem nos ensinar uma série de coisas sobre uma sociedade em que o oprimido está cada vez mais longe de perceber as causas e os mecanismos de opressão".(In: Delgado, 1987, p.180)

Anote-se que um alvo importante das críticas do movimento no Brasil tem sido, mais que as vantagens de uma política real de desinstitucionalização ou das alternativas terapêuticas à hospitalização, os macro-hospitais (com mais de 200 leitos) e as colônias ou asilos psiquiátricos.

O controle do tempo de permanência e os limites das internações foram as primeiras medidas com visível tendência à mudança das práticas observadas no período. As centrais de internação passaram a disciplinar os encaminhamentos, fazendo valer os critérios clínicos, cujo conceito é flexibilizado, resistindo às pressões dos chamados casos sociais. A criação do Pronto Socorro para estadia curta e outras iniciativas no âmbito da assistência aos pacientes foram introduzidas, com o objetivo de viabilizar a redução das taxas de internação.

O Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica no âmbito da Previdência Social (MPS/CONASP), de 1982, continha referências: a) às internações estimuladas pelo fato da perícia médica conceder auxílio-doença sempre que o segurado é internado; b) ao tratamento deficiente; c) ao abastecimento deficiente de remédios aos ambulatórios pela CEME; d) aos diagnósticos questionáveis, com vistas a obtenção de maiores prazos de internação.

O Programa propunha, entre outras medidas: a) Criação de rede de ambulatórios psiquiátricos; b) evitar que o paciente perca contato com a família e com a sociedade; c) recuperação da identidade social do paciente".

O que indica que as autoridades estavam preocupadas em encontrar encaminhamentos para os problemas gerados pelas internações prolongadas.

E o asilo ainda existe (ou resiste) na realidade institucional brasileira, embora os documentos oficiais o condenem. Há, no entanto, um consenso quanto à necessidade de transformação da assistência. As entidades de classe organizam-se, reivindicando a transformação do modelo asilar, num movimento semelhante ao que vem ocorrendo na Itália. Mas o hospício ainda permanece.

A mudança do sistema psiquiátrico, para Delgado, implica na desmontagem do aparato de internação, vigorosamente constituído sobre a base de uma ampla rede institucional e sobre um conjunto de falhas sociais e administrativas, favorecidas pela segregação hospitalar. Dai que, ainda segundo Delgado, a simples modernização do sistema não vai resolver. Para ele, algumas questões administrativas devem ser atendidas para que o problema possa ser resolvido, citando a questão da eficiência do sistema ambulatorial e a necessidade de ampliação dos recursos intermediários alternativos.

Essa constitui a questão crucial da desinstitucionalização, e, segundo Delgado, não é de caráter técnico administrativo. Trata-se do que poderíamos designar como a "progressiva devolução à comunidade da responsabilidade em relação aos seus doentes e aos seus conflitos. A internação psiquiátrica é um ato complexo, envolvendo vários fatores e do qual participa, como força importante, a ideologia do isolamento do doente mental". (1987, pp.184 e segs.)

A reversão de tal tendência implica a subversão de um conceito, ampla e longamente defendido pela própria psiquiatria. Não aceitar a delegação, como recomenda Basaglia, significa estabelecer um novo tipo de contrato com a população atendida, onde o psiquiatra, que agora passa a recusar-se a acolher passivamente o paciente desviante, tem que construir um novo tipo de papel social para si próprio.

Há, mesmo entre os mais apaixonados ativistas do movimento "anti", um consenso que aponta dois aspectos que, se não forem levados em conta, um plano de saúde mental corre risco de fracassar. O primeiro é a realidade sócio-econômica do país, particularmente a do setor saúde. Porque a desinstitucionalização só é possível se o contexto maior do setor saúde já estiver resolvido. E o segundo, os efeitos colaterais da desospitalização psiquiátrica, a desintegração dos pacientes, sem uma infra-estrutura adequada.

4. A transformação do modelo de exclusão: os discursos dos atores

Os fundamentos teóricos que subsidiam os modelos de desinstitucionalização/desospitalização, adotados nas políticas de saúde mental no Brasil, demonstram uma clara influência dos princípios contidos na experiência italiana.

No plano prático, os serviços implementados, ou em processo de implementação, guardam certa fidelidade a alguns objetivos comuns. Não se observa, porém, uma definição explícita de um modelo.

Conquanto as mudanças nos serviços de saúde mental expressem, em seus objetivos, uma preocupação em reduzir o número de pacientes internados e o tempo de internação dos mesmos e contenham uma insistente referência à participação das famílias e das comunidades, os papéis de cada um destes parceiros na assistência aos pacientes desospitalizados encontra-se, ainda, em construção. As opções alternativas oferecidas pela comunidade para cuidar dos pacientes ou apoiar as suas famílias, condição indispensável para o sucesso da desospitalização, são insuficientes, restando, em muitas situações, uma relação de poder, agora entre instituição e a família, à qual é delegada uma responsabilidade nem sempre especialmente doméstica.

Bandeira et alii, (1994), investigando as dificuldades de inserção social de pacientes desospitalizados, demonstram que a existência de uma infra-estrutura de serviços comunitários adequada é indispensável para o sucesso de um programa de reinserção social àqueles pacientes.

Os autores, em uma pesquisa realizada em Montreal, no Canadá, avaliam os efeitos de um programa de reinserção social de um grupo de pacientes, utilizando como parâmetro um conjunto de variáveis, entre as quais, a participação no programa, a duração da hospitalização anterior, os sintomas psiquiátricos, as habilidades de vida cotidiana, o grau da liberdade fornecida pelo ambiente

residencial e a continuidade do tratamento. Os resultados da investigação destacam as dificuldades de inserção social dos pacientes e os problemas decorrentes de uma reinserção inadequada, enumerando, entre as conseqüências, a questão da moradia, o desemprego, a "itinerância", o abuso de álcool ou drogas, roubos e agressão, levando a problemas com a polícia e encarceramento, e à rehospitalização.

Esses problemas são atribuídos, principalmente, a condições pouco eficazes de implementação do processo de reinserção, como falta de um acompanhamento adequado e de centros ocupacionais, interrupção do tratamento e à ausência de suporte social e terapêutico satisfatórios aos pacientes e suas famílias. Bandeira e seus cols. reafirmam a necessidade de uma infra-estrutura comunitária para reinserir adequadamente os doentes mentais desinstitucionalizados, identificando a rehospitalização freqüente como o fato que melhor dimensiona a qualidade e a eficácia dos serviços comunitários fornecidos aos pacientes e a seus familiares.

Segundo os autores, o fator que explica melhor o fato dos pacientes serem ou não rehospitalizados consiste na qualidade e continuidade do tratamento fornecido pelo ambiente residencial. (Bandeira et alii, 1994, pp.659-660)

No caso dos familiares de pacientes desospitalizados, vistos como parceiros de um processo, as relações que se estabelecem entre estes e os agentes institucionais definem o encontro de duas experiências particulares.

Embora ambos tenham as mesmas intenções - cuidar, assistir, tratar o paciente - esse tratar, cuidar, assistir são vistos, por uns e por outros, de ângulos diferentes.

No encontro dos dois modos de ver o problema - o da instituição e o das famílias-, os objetivos institucionais e os dos usuários dos serviços, que representam o público ao qual aquelas instituições são dirigidas, confrontam-se e as diferenças de posições tornam-se evidentes. No entanto, se a instituição está envolvida num projeto de transformação que depende da participação da

população, essa cooperação se constituirá em um elemento crucial para a consecução desse desiderato comum. Sem essa co-participação efetiva a relação entre agentes institucionais e usuários configura-se como um exercício de poder, em que o projeto institucional é imposto ao usuário, seja através de ações normatizadoras das práticas de interação mútuas, definidas unilateralmente, seja através de procedimentos de caráter pedagógico, que incutem no cliente da instituição o conteúdo ideológico do projeto, ou, até mesmo, pelo uso dos meios coercitivos de que a instituição dispõe.

Para melhor demarcar as situações vivenciadas com maior frequência na relação que se estabelece entre instituição e clientes foi realizada uma série de entrevistas junto a familiares e profissionais da área de saúde mental. Pretendeu-se com esse procedimento assinalar o modo pelo qual essas situações, experimentadas no viver e conviver com pacientes psiquiátricos, configuram-se para os atores envolvidos no processo - familiares e agentes institucionais. Dos depoimentos dos entrevistados, algumas questões, pela frequência ou pela ênfase com que eram mencionadas, foram consideradas como principais focos de interesse da situação analisada. Ressalve-se que o instrumento de coleta de dados utilizado foi um roteiro contendo uma relação de tópicos relacionados à situação em estudo e que, na realização das entrevistas, agentes institucionais e familiares foram deixados em liberdade para expor e relatar a sua experiência com os problemas referenciados. Algumas questões apontadas pelos entrevistados põem em evidência que os problemas conseqüentes à desinstitucionalização são, na maioria das vezes, percebidos de modo diferente pelos agentes institucionais e clientes, estes, familiares de portadores de transtornos mentais.

A primeira das situações examinadas diz respeito aos modos de ver a ida do paciente para casa e de perceber o tratar e cuidar dele em domicílio.

A desinstitucionalização do paciente impõe a necessidade de garantir a sua sobrevivência fora do hospital e de prover o tratamento necessário. Isso significa

um lugar para onde ir, meios de subsistência, um certo grau de autonomia, alguém para cuidar dele - dar a medicação que ele deve continuar a tomar, se ele não for capaz de tomar sozinho, levá-lo aos serviços, serviços que devem existir e dar os remédios necessários à continuação do tratamento, caso o paciente ou os seus familiares não possam comprá-los.

A existência de infra-estrutura na comunidade não é, de nenhum modo, a única condição para que os doentes possam ser atendidos. É preciso que eles tenham condições de ir até lá, por si mesmos ou levados por alguém, pois que, se eles podem ir, nem sempre querem ir. Assim, além da disponibilidade de serviços, é preciso, ainda, que o paciente se engaje no tratamento, ou que alguém da família exerça sobre ele uma influência que o convença a se engajar - tomar os remédios, por exemplo -, que a família tenha condições de ficar com ele em casa, ou que tenha um lugar onde alojá-lo.

Mas, as condições da família para ficar com o paciente não são explicitadas. Parte-se, na maioria das vezes, da idéia de que a família, porque é família, tem essa condição.

"Família tem que ter condições. Sempre tem. Por pior que seja, é melhor com ela". (Dep. nº 9)

"Se ele [o paciente] tem alguma possibilidade de tratamento ela [a mãe, no caso a pessoa da família identificada], tem que estar inserida. Ela vai ter que dar um "jeito" de ver, de estar com ele, de estar acompanhando esse paciente." (Dep. nº 9)

Emboras as condições econômicas sejam mencionadas - carência de recursos para alimentação, precariedade da moradia e, não menos importante no caso de pacientes que devam voltar rotineiramente ao serviço, falta de dinheiro para transporte -, estas condições não são vistas como impedimentos para o paciente ficar com a família. Alguns agentes institucionais, no entanto, reconhecem o quanto a internação pode significar para a sobrevivência do paciente, quando as condições econômicas são muito precárias. Paralelamente, observa-se que os

problemas econômicos aparecem de modos diferenciados no discurso dos familiares. Para uma mãe, uma dificuldade do filho ficar em casa é que ele comia muito, comia tudo o que havia, nada deixava para as outras pessoas. (Ela vivia da ajuda de uma filha, empregada doméstica, e de uma cesta básica que a igreja dava). Outra pedia ao médico que no verão internasse o filho, porque no inverno "até que mais uma pessoa ajudava a esquentar, mas no verão ficava intolerável". Mas, no âmago de muitas solicitações de internações encontra-se a questão da sobrevivência. Para uma pessoa que não tem condições de exercer uma atividade produtiva e possibilidade de inserção no mercado de trabalho, o hospício, o asilo, pode ser um lugar de proteção, acolhida e garantia de sobrevivência.

"Às vezes você interna por razões as mais absurdas. Não por causa da doença, mas por exemplo, por falta de condições alternativas; não ter lugar para morar; estar na rua e em crise. Aí vem e interna. (Dep. n.º 10)

Não foi possível definir a concepção de família com a qual a instituição trabalha: o discurso dos agentes institucionais não demonstra, na maioria das vezes, um reconhecimento da crise da família atual. A família que aparece, no discurso, é muito mais idealizada que real, e representa a solução para um problema que não mais deve ser assumido pela instituição. Do mesmo modo idealiza-se a solidariedade. Esse discurso omite, ainda, fatos como o trabalho da mulher e o tamanho do grupo familiar, que têm um significado não pouco importante no processo de assumir a responsabilidade por um membro dependente.

"Qualquer pessoa pode ajudar. Qualquer possibilidade, desde que ele (o paciente) possa estar com alguém, se a pessoa gosta dele, se interessa pela pessoa, pelo doente." (Dep. n.º 9)

Partindo de uma decisão conceitual e normativa de que o paciente deve ficar com a família, todos os problemas que esta decisão pode acarretar para o

grupo familiar, aparecem minimizados no discursos dos agentes institucionais. não aparecem.

"A gente teria que ver essa família. Quando ele vem pra cá ele vem de uma família. Não é porque a gente é mais bonita. Tem um quadro psiquiátrico. Tem um lugar que é profissional. Mas tem aspectos que a família pode arcar. Eu acho que pode ser muito difícil. Há os fins de semana, a família pode ficar, pelo menos teoricamente... Durante a semana, para poder trabalhar, é diferente. (Dep. n.º 8)

"O paciente se interna em um hospital psiquiátrico e sai de um lugar e vai para outro. O fato é que ele vai esporadicamente pra casa, para passar um final de semana, e sempre se arruma "um cantinho". Essas famílias já se estruturam sem contar com ele. Esse membro da família "pertence" ao hospital. Colocar pra família a necessidade que ela tem de receber definitivamente seu paciente em casa gera um transtorno fantástico. Resistência, não só de natureza material, como de natureza psicológica. É que as pessoas já se habituaram psicologicamente à idéia de que esse membro da família não tem solução, precisa ficar dentro de um hospital". (Dep. n.º 18)

As situações de resistência e oposição que, em muitas ocasiões, as famílias demonstram à alta de um paciente não são analisadas em profundidade, embora, se o fossem, pudessem expressar um conjunto de situações reais, de representações e fantasias que poderiam esclarecer muitos pontos obscuros.

Entre as condições para um paciente ter alta hospitalar fica estabelecido que ele deve poder fazer o tratamento em casa, com suporte dos serviços e garantia de acesso aos mesmos. Continuar o tratamento significa tomar a medicação, que na maioria das vezes, é de uso contínuo. E as "mães" alegam que uma das maiores dificuldades que elas têm, e são elas que sempre se encarregam do paciente em casa, é de conseguir que o paciente tome remédio. Segundo uma delas "É uma agonia".

Esse é um dos problemas sobre o qual agentes institucionais e familiares têm opiniões diferentes. A decisão da alta não leva em conta a "agonia", que é, para uma mãe, o dar ao filho doente um remédio que ele se recusa a tomar, e que, se ele não tomar, pode "surtar".

"Mas tem o paciente que não tem condição de alta, devido a gravidade do estado, mas que nem por isso tem justificativa para ser internado indefinidamente."(Dep. nº 8)

"Então[...] eles lá (no ambulatório) dizem que é muito importante a medicação, se não ele "surta". Ele começa a tomar por conta própria. Aí atrapalha o tratamento... passa a ficar violento"(Dep. nº 1)

"Ele toma remédio sozinho. Mas, quando ele não quer tomar não há santo que consiga que ele tome o remédio. E a gente não pode ficar brigando com ele. Tem que entender[...] Porque ele pode ficar agressivo".(Dep. n. 1)

Entre a recomendação dos agentes que insistem na necessidade da medicação continuada e a recusa dos pacientes em tomarem os remédios, o lugar do conflito, da culpa, da angústia das mães - mulheres, sobrecarregadas, freqüentemente idosas, sofridas-, que se tornam responsáveis pelos surtos de seus filhos.

"A médica deu alta. Disse que ele estava bem, que poderia ficar em casa, desde que tomasse o remédio... Mas ele se recusa a tomar o remédio. Não há quem consiga que ele tome. Eu tento, insisto, de todo o jeito, mas não dá. Eu queria ver ela dar o remédio pra ele. Ele fica agressivo, piora... Mas como é que eu vou conseguir que ele tome o remédio?". (Dep. nº 5)

O membro da família que fica responsável pelo cuidado com o paciente precisa dispor de tempo. Como foi dito, esse membro é, em geral, a mãe: cuida, leva ao serviço, dá o remédio, toma conta. "São mulheres sofridas, muitas até já foram agredidas pelos filhos", disse um entrevistado.

Uma avó que, após um surto e uma internação de emergência de uma neta de 13 anos, dizia ao médico que não sabia como cuidar dela, porque ela não obedecia a ninguém, ouviu essa resposta: "É só uma questão da senhora estabelecer os parâmetros de conduta pra ela". Resposta que, sem dúvida, idealiza a situação.

Levar o paciente ao médico ou ao serviço, seja este um ambulatório, dispensário, ou hospital-dia, não é uma tarefa fácil. Quando ele não quer ir, não vai mesmo. Em muitas situações, os familiares não podem levá-los. As famílias

alegam algumas dificuldades bastante reais: os serviços são distantes, a falta de tempo, as pessoas encarregadas dessa tarefa - as mães, são sempre elas -, trabalham. Há, ainda, o custo do transporte e a dificuldade de convencer o paciente a ir. E pode ocorrer, ainda, levar o paciente ao serviço, com todas essas dificuldades e não conseguir que ele seja atendido.

"Uma vez ele tinha que ir lá no INPS. Eu peguei um taxi, custou um dinheirão. Quando chegou ali na frente ele agarrou o pescoço do motorista e disse: "Eu não vou". Foi uma coisa. O motorista disse que não levava mais, eu paguei a ele assim mesmo. Meu filho voltou pra casa e eu fui lá no médico pra marcar outra consulta". (Dep. n^o 5)

"Quando ele diz que não vai, não vai de jeito nenhum. Pra ele ir precisa de uma força. 'Fulano vai! você tá com consulta marcada hoje'. Ou então: 'tome o remédio'. Ele não toma. Quando ele cisma, ele não toma o remédio de jeito nenhum". (Dep. n^o 4)

Assim, mesmo que a família fique com o paciente em casa, não há uma garantia de que ele vá ser tratado. Pacientes crônicos, portadores de patologias de curso irreversível e progressivo, para as quais não se dispõe de terapêuticas eficazes, e aqueles que não são capazes de cuidar de si próprios, fora de um sistema institucional, podem acidentarse, cometer desatinos, definharem por falta de alimentos e morrer precocemente. Esse caso significaria um ônus não desprezível para sua família, e não só monetário. São pacientes para os quais a internação psiquiátrica é, ainda, muitas vezes, necessária. (Cavalcanti, 1992, pp.175-176). Pretender assegurar esse tratamento na residência, significa manter uma infraestrutura assistencial anos a fio, que raras famílias teriam condições de fazer. Além disso, as famílias são dinâmicas, os membros envelhecem, adoecem e morrem.

"Tem um caso, um paciente cego. E estava aqui há muito tempo. Nós tentamos dar alta a ele. Quem cuidava dele era a mãe, que morreu. E tinha uma irmã. Ela não queria, de jeito nenhum, ficar com ele. Inclusive ela disse que ele tentou estuprá-la quando ela era criança. O marido dela não queria. Um débil mental assim mais ou menos grave. Aí, foram o médico, uma assistente social e uma

psicóloga. Entraram na Kombi e levaram e entregaram à irmã, na 'marra'". (Dep. n.º 13)

A obrigação de cuidar do irmão/cunhado foi imposta à essa família, a partir de uma decisão da instituição, que não considerou os conflitos já existentes e a qualidade da relação que se estabeleceria entre esse paciente e essa família. As conseqüências da presença desse paciente para a família - o constrangimento e as crises que poderia gerar, não foram levados em conta.

"Hoje em dia há tantos lugares para atender as famílias. Quando a família tem problema pode ser ajudada. A família pode dispor do Hospital dia, que até as clínicas particulares adotam. Qualquer paciente pode viver fora do Hospital. Mas a família traz, para terapia. A família precisa trazer, tem que trazer..."(Dep. n.º 9)

Aparentemente, do mesmo modo que há uma idealização da família ou de sua capacidade de lidar com o paciente, as facilidades oferecidas pela comunidade para o atendimento do pacientes desospitalizados são, também, superestimadas. Esse discurso omite que "hospital - dia", no Rio de Janeiro, no período em que foram feitas as entrevistas, estava disponível para um número bastante reduzido de pacientes, em relação às necessidades do universo de usuários dos serviços. Além disso, as vagas existentes não são oferecidas em horário integral: há pacientes com dois horários de meio expediente por semana. A afirmação de que qualquer paciente pode viver fora do hospital é, portanto, pouco realista. Não leva em conta a carência de serviços comunitários alternativos, como lares protegidos, hospital dia, etc.

A referência feita a um "lar protegido", situado na periferia do Rio de Janeiro, por um dos entrevistados levanta algumas questões sérias sobre o assunto:

"Lar protegido? Nós temos uma experiência aqui. Nós, encaminhamos 10 de nossos pacientes para o "lar protegido"... O que aconteceu com eles? Duas estão grávidas. Nem elas sabem quem é o pai. Dois faleceram, nem sei como. Outros seis já deram entrada na polícia por várias vezes. Esse é o Lar Protegido disponível agora". (Dep. n.º 18)

Diante das dificuldades apresentadas pelas famílias, a relação que se estabelece é, muitas vezes, de autoridade, em que o poder de que o técnico é investido, enquanto agente institucional, é utilizado para conseguir que as práticas sejam efetivadas. Em outras palavras, embora o discurso institucional refira-se, freqüentemente, à participação das famílias, as decisões são atribuídas aos agentes institucionais, como é o caso da internação e da alta do paciente, seu retorno à família e inserção em um programa alternativo.

"A alta é decidida por nós. Mas se a gente, de todas as maneiras discutiu isso com a família. Mas é muito difícil convencer uma família de que o paciente pode ter alta". (Dep. n.º 10)

"Eu já fui mais radical. Uma vez eu "forcei a barra" e mandei uma doente para a casa na "marra". A família não queria levar mas eu disse: 'ela vai sim'. Aí ela, chegando lá, tentou agredir uma vizinha com uma faca". (Dep. n.º 16)

O discurso da instituição ou dos agentes institucionais, não é monolítico. Há profissionais que tentam estabelecer uma aproximação entre a proposta institucional e a relação com pacientes e suas famílias, mas essa aproximação é relativizada pela disponibilidade real dos serviços.

"Então o que a gente tenta fazer é alguma coisa com essa família... A gente percebeu logo que a coisa não era simplesmente um informativo... agrupar os familiares e informar ou convencer... Não! Não era como uma atividade pedagógica. A gente tinha clareza que no fundo isso seria um erro." (Dep. n.º 8)

Mas, apesar desse discurso, o acesso aos agentes e a comunicação com eles são, em outras ocasiões, dificultados pela burocracia institucional ou pela distância que é colocada entre eles e os familiares. Em algumas entrevistas, as mães disseram não ter conseguido falar com o médico, a assistente social ou a psicóloga, embora tivessem ido ao hospital com frequência e procurado esse contato.

Vale dizer que nas unidades do setor público, onde foram implantados os serviços de atendimento psico-social, esse acesso e essa comunicação são mais fáceis, e os profissionais estão mais disponíveis, mais comprometidos. Embora, ainda aí, as decisões também sejam institucionais.

Muitos pacientes têm alta, para ir para outro hospital: os "revolving door".⁽¹⁵⁾ O que indica que a relação instituição (médico)/família (paciente) não está se dando de forma realista. Porque, ou o paciente não tem condições de alta, (que compreende uma situação familiar adequada), ou a oferta de serviços na comunidade está super dimensionada e ele não terá como continuar o tratamento.

Dentro desse quadro, seria um eufemismo chamar de "internações curtas" a prática que encobre os "revolving door". Em muitos casos o paciente volta para o mesmo hospital, para ter alta alguns dias depois. Afinal, o tempo curto de permanência costuma ser um critério para aferição da qualidade da assistência prestada pelos hospitais. Mas, como não há tratamento ou cuidado, no hospital ou na comunidade, o paciente fica indo de um para outro, sem solução ou encaminhamento de seu problema. Incapaz de prover a sua própria sobrevivência, não dispondo de recursos na comunidade ou qualquer amparo, o paciente acaba voltando (ou sendo levado de volta) para o hospital. As sucessivas hospitalizações, podem tornar-se na verdade em uma internação vitalícia a prestações.

"Internações breves, internações breves"... "15 dias, um mês". Eu achava aquilo espantoso, porque ao mesmo tempo que tinha essa pressão, por internações breves, não se fazia nada na instituição. Parecia que a instituição tinha que ficar o pior possível, para que o paciente querer sair voando de lá. Eu achava que a gente poderia aproveitar aquele espaço ali, coletivo, que o paciente estava num momento de crise, muito significativo da vida deles, aproveitar para se transformar aquele espaço em algo terapêutico. Desde a residência eu achava isso. Era uma norma, regra rígida, 30 dias. Você tinha que justificar porque não deu alta pro paciente. É claro que eu estou, talvez exagerando um pouco, mas, mais ou menos era um consenso. Até hoje é: o melhor hospital é aquele que interna o paciente por menos tempo. Não se pára para discutir". (Dep. nº 17)

⁽¹⁵⁾ V. nota 9.

"Dessa última vez que eu tirei ele do hospital ele não estava bom. Mas a Doutora... Lá tem uma Doutora que ela prefere botar os doentes de qualquer jeito pra rua, do que ver o que o doente precisa. Dessa última vez que eu tirei ele, ele estava mesmo atacado. Ela disse que ele estava bom e deu alta. Quando chegou em casa, ele ganhou alta, na mesma semana, quando foi na outra semana ele piorou... Eu tive que sair correndo com ele ..." (Dep. nº 4)

"O Hospital deveria encontrar um meio dessa mãe não estar internando tanto o filho, internando sempre. Como é que ela está internando? Quem autoriza a internação? Eu acho que, diante do problema, as pessoas, os técnicos deveriam sentar com ela e ver a possibilidade que tem para[...] mas, assim, como se diz, vai depender da agenda que se passa para essa pessoa." (Dep. nº 9)

A internação e alta tornam-se dois momentos em que as diferenças dos modos de perceber e viver as situações afloram. Assim como os modos de perceber o outro: a "Doutora que só quer saber de dar alta, a família que "quer se livrar do doente", como viu escrito na guia de internação solicitada, uma irmã de paciente psicótico, com o qual ele convive há 15 anos e que, por ocasião da entrevista, segundo ela, não estava internado, "Graças a Deus".

A alta do paciente, sem uma alternativa ou uma infra- estrutura de serviços comunitários onde ele possa continuar o tratamento, pode significar, e significa em muitas ocasiões, um passo para o seu desamparo até a sua próxima crise.

"No Brasil, a alta de grande número de pacientes que foram dadas por alguns hospitais do Rio de Janeiro, resultou um número correspondente de reinternações em clínicas custeadas pela previdência social". (Morgado e Lima, 1994, p.22). O paciente virou mercadoria crônico-rotativa e significou trabalho suplementar para a família, profissionais, além do custo burocrático.

" Alguns até têm condição de viver lá fora. Mas têm que fazer um trabalho (com a família). A coisa é tão antiga, que reverter isso leva muito tempo. A verdade é que as instituições acolhem os pacientes teriam que ter um lugar, um outro lugar que não é manicômio, ou o hospital psiquiátrico. Pode começar que o psicótico é muito mais errante, mas sempre tem alguém na área. Na verdade se desativam a instituição... Tem paciente há 15, 20 anos. Gera pânico... Acabar com tudo? A saída é múltipla... A permanência muito prolongada, recuperar isso é doloroso..." (Dep. nº 8)

Em outras ocasiões as altas são dadas sem avisar a família.

"Ele ficou na Clínica C. um mês. Aí levaram ele pra casa. Eu não estava em casa. Não tinha ninguém em casa. Eu estava trabalhando. Deixaram ele na porta. Aí ele foi pra rua e sumiu. Ficou quatro meses perdido. Até que uma sobrinha minha achou ele lá em Madureira, sentado na calçada, sujo, e levou ele pra casa". (Dep. nº 5)

Mas um médico entrevistado dizia:

"Condições de alta hospitalar? Que os sintomas psicopatológicos que motivaram a sua internação estejam sob controle, que haja uma infra-estrutura de serviços de saúde próxima à sua residência e que haja um trabalho junto à família e à comunidade, pra que se mantenha esse paciente em casa". (Dep. nº 18)

Mas as normas que regulam a internação e o tempo de permanência dos paciente não levam em conta os critérios que esse médico assinala.

Outro fato em que a leitura da situação vivenciada por familiares e agentes se dá de modo ambivalente é com referência ao abandono. Em princípio, não há um critério explícito do que seja abandono. Mas parece haver uma idéia preconcebida de que "família de doente mental abandona o seu doente" ou "quer se livrar dele". Visão preconceituosa que não é privilégio nem de agentes, nem de familiares. Pacientes crônicos internados em hospitais são, muitas vezes, oriundos de bairros distantes, às vezes de outras cidades. Internados há longo tempo, adultos, (a idade média dos internos é acima de 35, de acordo com informações dos funcionários dos serviços), podem não ter família. Família é constituída de membros que são pessoas que mudam, de vida e de casa, que adoecem, envelhecem e morrem. Não há dúvida que muitos pacientes são abandonados pelas famílias, porém, existe um número considerável de mães visitando os filhos doentes e, também, existem mães que rejeitam a idéia de internar os seus filhos, isto é, que não querem "se livrar deles".

"Mães sofridas, velhinhas. Continuam vindo. Pobres, doentes. Vêm sempre. Enquanto estão vivas. Trazem coisas... um biscoitinho... Umas sacolinhas de plástico com uma banana meio preta e um pacote de biscoito. Elas falam: "Eu não agüento mais. É a forma delas dizerem o quanto estão doentes. Todas, todas têm histórias muito sofridas... Mas continuam vindo". (Dep. nº 14)

"O paciente aqui, por exemplo, nos temos pacientes abandonados, a maioria fica abandonada. A família não aparece, abandonado mesmo; interna e larga ai". (Dep. nº 11)

"Eu jurei que minha filha nunca mais vai ser internada." (Dep. nº 2)

"- A questão: Internado ou ficar em casa?

- Na minha casa!

- Você prefere ele em casa?

- Todos nós! Hospital não!

- Mesmo ele dando trabalho?

- Mesmo ele dando trabalho." (Dep. nº 1)

"Eu visito meu filho todo o dia de visita. Não dispenso. A minha vida toda, a vida toda eu fui louca pelos meus filhos. Então eu não dispenso. Tudo o que ele me pede eu levo. A gente chega lá ele está calmo, tá quieto. De vez em quando fala: "mamãe". Ele nem pede pra vir embora. "Não desprezo de maneira nenhuma. Deus me livre e guarde morrer e deixar meu filho assim". (Dep. nº 5)

"A minha filha só se interna de novo passando por cima de meu cadáver". (Dep. nº 3)

Os depoimentos acima demonstram que há famílias que não querem que seus filhos/irmão sejam internados. Mas, sobretudo, negam o abandono referido no depoimento nº 11. As "mães velhinhas" que visitam os seus filhos todas as semanas, levando um biscoito ou uma banana não abandonaram os seus filhos e se preocupam com eles.

A convivência em domicílio com doentes mentais significa custos monetários e não monetários, que não são mencionados. Em primeiro lugar, é um mito considerar baixo o custo monetário do tratamento comunitário. A manutenção de uma estrutura de serviços de apoio e tratamento fora do hospital tem um custo elevado, dividido ou não com as famílias. Mas há o ônus não

monetário, que não pode ser ignorado. A questão não é levada em conta por ocasião da alta, embora reconhecido que a relação paciente-família acarreta um elevado ônus não monetário, que é tão mais alto quanto maior for a escassez de serviços na comunidade.

Aliás eu não diria que seja fácil separar os custos em monetários e não monetários. Alguns depoimentos de familiares expõem situações como esses custos se confundem.

"Acordar era um negócio difícil. Sair da cama e encarar mais um dia era um negócio difícil... Às vezes eu ficava deitada na cama pensando: "Vou levantar? Se eu levantar vou ter que encarar um dia... Não tem jeito... Aí eu ficava na cama deitada, pensando... Vou levantar... Não vou... Até eu levantar..." "Minha vida profissional hoje é muito confusa: eu nunca sei o que vou fazer amanhã, tudo depende de F." (Dep. nº 2)

Nesse caso, a mãe da paciente, uma professora, cuja filha, uma psicótica grave, não está internada, (e que a mãe afirma ter jurado nunca mais internar) e freqüenta o Hospital - dia duas vezes por semana, em meio horário, desorganizou mesmo sua vida, com prejuízos profissionais e financeiros, atuais e futuros, consideráveis.

"Por exemplo: eu saí pra fazer compras. Alguma coisa pra janta. Então eu fiz uma opção entre o cigarro, o pão e o açúcar, eu preferi comprar o cigarro, pra ela ter o cigarro, ... Aí, o açúcar, ela usa o adoçante. Amanhã eu compro... Eu nunca passei um mês tão apertado. Eu tenho ansiedades, tenho angústias, tenho uma série de coisa. Eu não convivo mais com a sociedade a não ser com aquele hospital..." (Dep. nº 2/A)

No depoimento patético desse pai, um militar reformado, está exposto um profundo sofrimento que é um ônus, sob qualquer aspecto que se analise.

A desospitalização precipitada, sem uma adequada estrutura de serviços para tratamento e de suporte ao paciente e à sua família, pode causar fracasso dos projetos de atendimento. Essa opinião é compartilhada por alguns dos entrevistados. Mas há, principalmente, entre os agentes institucionais mais

envolvidos com a dimensão ideológica e política do movimento de desinstitucionalização, aqueles que entendem que é necessário "ir fazendo acontecer", implementando as práticas alternativas possíveis, construindo o caminho dos novos procedimentos, como nos versos de A. Machado: "Caminhante não há caminho, faz-se caminho ao andar".

Ainda que haja a disponibilidade de uma rede ideal de serviços na comunidade, o encargo de cuidar do paciente em casa recai sobre a relação parente-familiar. Segundo as informações obtidas durante a realização desta investigação, esse encargo recai, na grande maioria dos casos sobre a mulher, o que quer dizer, na quase totalidade dos casos, sobre a mãe do paciente. Esta foi, nas entrevistas realizadas, a pessoa geralmente referida como responsável pelo cuidado do doente. Mas há um agravante: como a maioria dos pacientes, principalmente os crônicos, em geral são adultos, e muitas vezes, acima de 35 anos, essas mães são idosas, muito sofredas e, em sua maioria, muito pobres. Elas aceitam a incumbência que lhes é imposta, quase sempre de forma autoritária pelos serviços, como já o era pela representação cultural da maternidade.

E o horizonte desse encargo é a morte de um deles: doente ou membro da família que cuida dele. Uma entrevistada falou de uma mãe que, muito doente, dizia ter medo de morrer deixando o filho, porque ele não teria mais ninguém para cuidar dele; outra, referiu-se a um pai, (uma exceção), que aos 80 anos ainda cuidava de uma filha doente. Em outra situação relatada, um casal idoso, bastante cansado, cuidava do filho que já estava com cerca de 40 anos.

Alguns problemas vivenciados pelos familiares dos pacientes não são considerados pelos agentes institucionais. A agressividade dos pacientes é um desses problemas. Realidade ou mito, produto das representações sobre a loucura, trata-se, para as famílias que convivem com um paciente psicótico de um fato, algumas vivenciado e outras representado, em todas as vezes, porém, presente em

suas vidas, como uma realidade virtual. Mas esse problema é, em muitas ocasiões, negado ou minimizado pelos profissionais.

"A maioria das famílias de pacientes são de classe média muito baixa. Parece que isso aí é como se fosse uma necessidade. Eles não vêem a violência como violência... As vezes a própria família amarra o paciente. As vezes vem contido. É como se não tivesse outra saída". (Dep. n.º 10)

"Eu não conheço nenhum caso de comportamento permanentemente agressivo, de forma estável. Eu tenho mais de 15 anos de experiência. Eu nunca vi uma pessoa que se possa dizer que seja agressiva. Elas podem ser agressivas em determinado momento. O ser humano que se dispõe a trabalhar essa questão, se depara com uma postura política. Se não mudar, não leva a nada. Postura antiga, ultrapassada, que tem que ser trabalhada... Para dar conta desse ser humano..." (Dep. n.º 10)

"Com essa mesma irmã minha, ele pegou e deu um soco nela, no braço dela. Ela não podia entrar em casa, ele dizia que ela não era minha irmã, perguntava o que ela estava fazendo na minha casa..." (Dep. n.º 1)

"Bem a gente interna ele quando ele está muito agressivo. Quando ele não quer tomar remédio. Conforme ele vai ficando agressivo". (Dep. n.º 4)

"Uma vez ele quase botou fogo na casa. Outra ele me empurrou. Desce as crianças da escola, ele corre vai agredir. Por isso eu não posso ter ele". (Dep. n.º 5)

"Aqui no Brasil, em Goiânia, tinha um médico que fazia uma operação na cabeça. Eu mandei ele pra Goiânia pra fazer a operação. Quando eu fui buscá-lo, nem queira saber qual a transformação que meu filho havia sofrido. O meu filho estava outro. A agressividade diminuiu, ele melhorou. Mas retornou de um ano pra cá".

"Quando o irmão está aqui a gente traz ele pra casa todas as semanas. Ele tem medo do irmão. Porque se ele falsear, o irmão bate nele. Ele é agressivo... Com todo o mundo, comigo, na rua, com os porteiros... Esta semana, lá na clínica, ele apanhou cadeira, quebrou cadeira na cabeça dos outros, pegou vassoura, bateu com a vassoura nos outros. Meu marido enfrenta ele. E ele pega uma coisa qualquer, um objeto qualquer e atira nele... Eu não fico com ele aqui dentro, sem meu marido, em hipótese nenhuma... não fico mesmo".

"Quando ele vem pra casa, eu escondo tudo quanto é faca, eu escondo tesoura. Minha nora teve nenê, em casa, ele pegou na faca pra enfiar no nenê... Podia ter matado... Porque a pessoa que está matando, depois nem sabe que fez. Meu marido já uma vez apanhou dele. Dele jogar o pai no chão e ficar dando ponta pé no pai...". (Dep. n.º 7)

Mesmo considerando a paixão de que está pleno o depoimento dessa mãe, não há dúvida de que o drama vivido contém uma realidade que se situa além do imaginado, em qualquer aspecto que se analise.

No discurso de alguns agentes institucionais, a concepção do movimento adquire um sentido libertário que ultrapassa os limites de suas próprias propostas.

"Eu trabalho com a idéia de liberdade. Você é uma pessoa com direito a liberdade. Eu acredito nisso. É um compromisso maior que tem que ter com as pessoas,[...] para você estar no projeto, existe nele um ideal libertário. Para mim é assim". (Dep. n.º 9)

O princípio da liberdade como um direito individual, inerente à condição do homem social, origina-se no mesmo processo em que se engendra o Estado capitalista. Este princípio proclamava, em sua origem, o fim da servidão e a liberdade do novo homem. A nova ordem econômica exigia homens livres, que pudessem oferecer ao mercado sua força de trabalho, até então servil. Juntamente com o princípio da igualdade e da fraternidade, o princípio da liberdade vinha carregado dos simbolismos que preencheram o ideário e o imaginário da Revolução Francesa. O usufruto da liberdade (como da igualdade e a concretização de uma fraternidade ideal), será determinado pelas normas e regras que organizam a sociedade e as relações nela estabelecidas. Assim o direito à liberdade se exercerá na razão inversa da organização social. As sociedades mais densamente organizadas, em que as relações instituídas em cada setor da vida social são mantidas graças a um sistema de normas que os regulam, nestas sociedades os homens não são ilimitadamente livres.

A apologia da liberdade, numa concepção romântica como proclamada nos movimentos de contra-cultura da década de 1970, contém um substrato ideológico e político, indicando a necessidade de uma reflexão que ultrapassa os limites estabelecidos para este trabalho. Mas essa concepção aplicada à defesa da liberdade do paciente mental ficar mendigando em Madureira, "livre" ou, no caso

de outra paciente, sair por aí procurando "a sua verdade", indica uma percepção obscura da realidade social que ignora e omite os riscos que o "viver na rua" pode conter. Porque, nesse discurso, não se está falando de uma utopia, ou de um símbolo, mas de um viver aqui e agora. Mas, vale lembrar que o encargo de cuidar de um psicótico pode significar a perda da liberdade do responsável por este cuidado. Liberdade que é um dos princípios do movimento por desinstitucionalização.

Uma mãe, indagada sobre quando poderia dar uma entrevista, respondeu: "Qualquer dia. Qualquer hora. Mãe de doente mental não sai de casa", declaração que deixa evidente a contradição entre a liberdade do paciente e do familiar que cuida dele: no caso "liberdade" da paciente significou a perda da liberdade da mãe.

Ou pode significar, também, situações constrangedoras e segregação da família do convívio social com amigos, vizinhos, etc.

"Meu filho tem agora, tem 38 anos. Ele diz, no delírio dele, que é um 'garoto de programa'. Diz que vai sair do hospital, alugar um apartamento e ser 'garoto de programa', e que 'as mulheres vão pagar para ir com ele, mas que eu não vou precisar pagar'. Quando ele vem aqui pra casa ele fica o tempo todo aí, no quarto dele (perto da sala), com a porta aberta, se masturbando. Eu fico tão constrangida que nem tenho coragem de deixar ninguém entrar na minha casa quando ele está aqui, minha nora, meus netos..." (Dep. nº 7)

"... Doente mental não dorme; desmaia. Quando meu cunhado está aqui a gente não dorme. Fica-se esperando ele dormir para ir deitar. Quando não dá mais pra esperar, a gente vai deitar. Afinal nós temos que trabalhar no dia seguinte. De repente fica tudo em silêncio na casa. Aí a gente vem ver o que está acontecendo e pode encontrar, como já ocorreu, ele (o paciente) evacuando na sala, no tapete que a gente "ralou" pra comprar". (Dep. nº 25)

O problema com a justiça e a polícia coloca-se como uma questão de importância relativa, por sua pequena proporção. Este item aparece nos depoimentos de familiares e profissionais em duas versões. A primeira delas refere-se à utilização equivocada da instituição psiquiátrica por agentes institucionais de outras áreas.

"Eu tive uma experiência, eu era recém formado. Trabalhava como médico plantonista, na emergência psiquiátrica de um hospital... E estava chegando uma pessoa, um pouco alcoolizado, um pouco exaltado, trazido por 4 policiais militares. E a história que o comandante da patrulha da PM contou é que o paciente estava em delírio, que tinha batido na mulher, tinha pegado uma pedra jogado na janela do vizinho... E eu olhei pro sargento, na minha ingenuidade de recém-formado e perguntei: "Mas porque não o levaram pra delegacia? Porque quem bate, quebra a casa do vizinho, isso é caso de polícia" E o sargento simploriamente me disse "Porque aqui é mais perto do que a delegacia". (Dep. nº 18)

Outra versão é a do paciente que "usa o fato de ser doente mental", para não ser responsabilizado pelo que faz.

"E o paciente também se aproveita disso. É extremamente divulgado, entre a população, a famosa 'carteirinha de maluco'. É um documento que qualquer paciente (doente mental) tem direito, que diz que ele esteve internado por um certo período em um hospital para doentes mentais. Ele pega esse documento e vai pra rua, comete pequenos furtos, pequenos delitos. Quando a polícia se aproxima dele, ele mostra a carteirinha de maluco. A famosa 'carteirinha de maluco'". (Dep. nº 18)

O uso do sistema policial como no caso relatado, solicitado para resolver problemas de distúrbios de comportamento que não são de sua competência, constitui equívoco institucional. Mas, quando o paciente pode ser responsabilizado por suas condutas anti-sociais, trata-se de um efeito da desospitalização conseqüentes a uma busca de igualdades de direitos, culminando com um retrocesso em termos de psiquiatria formal: a perda da inimputabilidade por doença mental. Diante disso os pacientes psiquiátricos não são poupados do risco de ter problemas com a polícia (justiça), em caso de não se comportarem de acordo com as normas; ele pode ser penalizado como qualquer outra pessoa. Ele seria responsável por seus atos perante a lei.

Por outro lado, as comunidades não se encontram preparadas para conviver com portadores de transtornos mentais. O diretor de um hospital de crônicos, situado em uma cidade próxima do Rio de Janeiro, informava que, ao comunicar à família de um paciente de uma cidade do interior de S.Paulo, que ele

teria alta, recebeu uma carta do delegado de polícia da cidade, dizendo que não teria condições de garantir a segurança do mesmo, cuja história progressiva incluía alguns incidentes com a polícia. (Dep. nº 18)

E o trabalho pode significar a diferença entre a possibilidade de inserção e a sua impossibilidade

"A pessoa, para viver lá fora, você vê, precisa de condições para exercer a cidadania. Precisa de documentos, procurar emprego, se estabilizar, ter um lugar pra morar"(Dep. nº 9)

"A improdutividade do paciente psiquiátrico, costuma ser um marco no fim da paciência da família. Porque, quando interna o paciente a história é contada: ; Fulana vinha com problema, aí ela parou de trabalhar...' Esta coisa do trabalho, funciona como um marco, realmente. Eles vêm recorrer quando para de trabalhar. É um problema econômico".(Dep. nº 8)

O caso que é o exercício pleno da cidadania exige uma capacidade mínima de conviver com as regras do cotidiano: trabalhar, relacionar-se, significa, também, aceitar e submeter-se a certas regras e entender os códigos que regulam a vida social. Trabalhar, isto é, exercer uma atividade, tem o duplo sentido de indicar essa capacidade e garantir a sobrevivência.

A necessidade de um lugar abrigado de recolhimento é reconhecida por todos, agentes e familiares.

"Uma vez eu escutei um médico dizendo que Hospital não era lugar para 'guardar doente'. Era uma mãe, desesperada, com um filho... Tímido, frágil. Ela era doméstica e o marido bebia, mas eu acho que ela precisava muito daquele marido. Mesmo bebendo ele botava comida em casa. O médico dizia pra ela: 'Hospital não é lugar pra guardar doente'. Ela dizia: 'Eu venho buscar todo o sábado'. E o filho dela não ficou..." (Dep. nº 3)

É neste quadro que, segundo parece, entra a questão da necessidade de asilo. Porque, há um aspecto do problema em que os discursos dos familiares e dos agentes se identificam: a carência de soluções alternativas. Todos querem um "lugar". Onde os pacientes possam ficar. Que não seja o hospício, mas um "lugar".

"Eu acho que a F. precisava ficar lá em horário integral. No mínimo 8 horas por dia. Hospital-dia o dia inteiro. [A paciente tem dois meio-expedientes por semana]. No horário que os outros saíssem de casa pra trabalhar, ela sairia pra ir para o Hospital. Ela ter uma rotina, um horário. E alguma coisa pra fazer. O meu sonho era criar um lar abrigado. Eu não conheço bem o que é lar abrigado. Eu tenho uma idéia... Eu tenho alguns documentos. Acho que da Secretaria de Saúde mesmo... Eu não acho que 40 pacientes seja um lar abrigado. Isso já é um Hospital, um asilo... Dra. M. concorda comigo. Eu acho que uns 10 pode ser... Eu sempre morei em casa com muita gente..." (Dep. nº 2)

"A senhora sabe, qual a vontade, o que eu desejava? Que ele ficasse lá, na Clínica da Gávea, mais direito. Que tirassem ele do Pavilhão central... O Pavilhão Central é muito cheio. Quer dizer, ele ainda fica mais doente lá dentro. Que ali tem possibilidade de descer com ele, botar num outro lugar. Que ele já é aposentado, graças a Deus. Então o negócio é que botam ele no Pavilhão Central, ele fica pior. Quando eu chego pra visitar ele está pior.

Eu queria um lugar lá na clínica mesmo, um lugar que fosse mais tranquilo. Ou então um outro hospital, um hospital que ele pudesse ficar. Há poucos dias a M. (uma vizinha) estava dizendo pra mim que tem um hospital aí que a pessoa interna e fica lá e que lá eles trabalham. Conforme que tem um dom... Pode fazer uma plantação, pode ficar... se tratando, mas ali... Eu tinha vontade de conseguir um lugar assim para ele. Mas não para ficar abandonado, jogar lá, jogar no asilo, eu queria, como mãe, um lugar que ele fosse tratado... ele tá sendo tratado". (Dep. nº 4)

"Eu acho que a gente está precisando criar casas de loucos. (Como na França). Em vez de uma casa com 3.000, muitas casas com um número menor... 20, 25. O que importa é que realmente tem é que ser transformado... Não dá pra você manter o manicômio do jeito que é hoje: depósitos". (Dep. nº 17)

O primeiro depoimento é de uma professora, o segundo de uma faxineira e o terceiro de uma médica, e nesses depoimentos a esperança de uma solução alternativa humana, eficaz e realista.

Enquanto problemas como o desamparo dos pacientes e os incidentes envolvendo a polícia e a justiça, configuram um retrocesso, as opiniões conceituais divergentes, sobre as condições das famílias para cuidar dos pacientes e sobre a existência de recursos na comunidade, assinalam o processo de construção de um novo modelo; a ideologização do movimento que propõe uma nova política e reorganiza a área saúde mental, apontando o caminho da negação da exclusão psiquiátrica.

Mas, há um consenso entre agentes e público: Para que se efetive um projeto de desinstitucionalização, é imprescindível que haja o estabelecimento de condições básicas de tratamento - equipamentos sociais de assistência que se estendam aos pacientes e comunidades -.

Mas, aparentemente, mesmo com a assistência da comunidade, a necessidade do asilo ainda continua. Asilo no sentido de abrigo, de lugar protegido e seguro, de um lugar "para guardar doente". Se o hospital psiquiátrico representou um avanço em relação ao confinamento anterior, porque incluía um sentido de tratamento, de cuidado, a prática atual desloca esse lugar terapêutico para as comunidades, constituindo um progresso em relação aos macro-hospitais, particularmente por não afastar os pacientes de suas comunidades.

As lutas, hoje, por mudanças na assistência dos doentes mentais, têm, de certo modo, o mesmo sentido das lutas do século XIX. Os desvios verificados no hospício - maus tratos, terapêuticas obsoletas, internações permanentes desnecessárias e alto custo -, levam a sociedade e o público a reivindicar mudanças nos modos de assistir aos portadores de transtornos mentais. O que significa transformações dos modos de lidar com a loucura, transformações que são respaldadas pelo surgimento de medicamentos psicoterápicos e que permitem deslocar o tratamento dos hospícios para cuidados comunitários ou hospitalares gerais.

Contudo a hospitalização ainda é necessária, principalmente para determinada categoria de pacientes: aquela a que pertencem os que não conseguiram desenvolver as habilidades indispensáveis ao viver cotidiano e cujo diagnóstico psiquiátrico indica um comprometimento grave e irreversível e para os pacientes que necessitam de tratamento de urgência. Para estes o hospital ainda é necessário.

O processo de fechamento dos hospícios está em curso. Os novos conhecimentos sobre a loucura, o avanço dos conhecimentos médicos e a invenção de novas tecnologias redimensionam o discurso e as práticas psiquiátricas.

Instaura-se um novo modelo de assistência e cuidado do louco, impulsionado pela ideologia e pela paixão, mais que pela técnica. Conquanto irreversível, porque constitui um progresso no reconhecimento da humanidade do louco, o novo modelo convive, ainda, com as contradições e conflitos próprios de um processo de mudança. Mas na análise do processo de desinstitucionalização emerge uma questão que não pode deixar de ser ressaltada. Trata-se do modo pelo qual está sendo transferida à mulher a tarefa árdua de cuidar dos pacientes deshospitalizados. Em toda a investigação as mães e as irmãs foram identificadas como o membro da família responsável pelo cuidado do paciente, quando o mesmo fosse deshospitalizado.

A participação das famílias nos cuidados aos pacientes, proposta como uma parceria entre serviços e família, define-se, institucional e culturalmente, como uma delegação às mulheres do encargo, de cuidar de seus filhos/irmãos doentes. Esta delegação e seus significados, assim como a configuração da família e de sua crise atual, na qual a questão se insere, carecem de uma investigação, cuja necessidade apontamos.

5. A instituição denunciada: o movimento social e/ou ideológico que sustenta a desinstitucionalização em psiquiatria

As condições que convergiram para desencadear um movimento pela negação da exclusão em psiquiatria, vão, desde a crise de consciência do pós-guerra, às reivindicações por liberdade, reconhecimento de direitos individuais e a expansão do significado da cidadania.

A análise das conseqüências da desinstitucionalização psiquiátrica põe em evidência a politização desse processo, sua impregnação ideológica. A idéia de que o processo pudesse ser isento de uma influência ideológica é uma utopia. O lugar da saúde mental, lugar de encontro da subjetividade e do social, do indivíduo e do

outro é, sem dúvida, um lugar de conflitos, de disputas e, necessariamente, um lugar político e ideológico. Espaço onde as idéias de liberdade, de igualdade e de solidariedade confundem-se no simbólico e no real.

Nesse sentido, saúde mental implica não só o inter-relacionamento, mas o reconhecimento de sua co-responsabilidade: o compromisso, os direitos, a participação no coletivo. Subentende-se que, nessa concepção de saúde mental, está contida a idéia de que o alcance de seu objetivo depende de um sistema de atendimento comunitário que funcione. E isso significa: a) a aceitação do programa de saúde mental pela comunidade, em toda a sua extensão, assegurando recursos materiais e reconhecendo e aceitando a sua dimensão subjetiva; b) recursos humanos, bem preparados para atuar, tanto no hospital como na comunidade.

O progresso terapêutico, a conscientização pelos direitos humanos e ampliação do conceito de cidadania, constituem fatos que representam um progresso social da humanidade. Realidade virtual, o progresso tecnológico da terapêutica depende, no entanto, de decisão política para utilizá-lo. Caso contrário, os novos saberes ficam estocados e os métodos obsoletos perenizam-se nos hospitais. A politização é, desse modo, em muitas ocasiões, a estratégia para a concretização dos propósitos gerados pelo progresso da ciência, porque no debate político os interesses dos diferentes grupos afluem, as vozes silenciadas são ouvidas e as reivindicações são colocadas.

As mudanças cíclicas do reavivamento do interesse pelos problemas da área social e de saúde, ocorridas após a Segunda Guerra, foram um produto concomitante da emergência de ideologias sociais, de mudanças da opinião pública, no diálogo político e da introdução de novas tecnologias no mercado. (Mechanic, In: Morgado e Lima, 1994, p.25)

Denúncias e críticas às formas instituídas de assistência articularam-se, por sua expressão política manifesta, em um movimento de liberação que se estende por

todo o mundo ocidental de após guerra; movimento que tem sua própria força e sentido e que, numa perspectiva ampla, abrange desde as lutas pela independência nos países colonizados, até as lutas pelos direitos das minorias.

Albuquerque (1978, pp.27-28) considera o movimento de anti-institucionalização um movimento de liberação e que, segundo ele, não pretende ser mais do que isso. Movimento de idéias e movimento de ação, a anti-institucionalização volta-se, particularmente, contra o internamento sistemático como modelo de cuidados e tratamento psiquiátricos. A denúncia da natureza violenta do sistema asilar, contém os ingredientes para a construção de um discurso ideológico, mobilizador e transformador. E com esse discurso o movimento anti-instituição, anti-asilos, anti-sistema psiquiátrico cresceu e expandiu-se, estendendo-se por quase todo o mundo ocidental, num processo em que se articula enquanto corrente ideológica e movimento social.

A expressão movimento social, (Jacobi, 1987 e Costa, 1989), vem sendo interpretada, segundo parâmetros urbanos atuais, no sentido de ação de grupos, na definição de políticas sociais. Nessa concepção, refere-se a ações conjuntas de grupos organizados intencionalmente para intervir como interlocutores e agentes coletivos no desenvolvimento de serviços públicos. São grupos que interpretam, portanto, demandas coletivas: movimentos urbanos por moradia, escolas, postos de saúde; movimentos de protesto que têm sua gênese no plano político, nas contradições urbanas e na falência do Estado em dar soluções às questões e carências sociais. São movimentos reivindicatórios, de que participam membros das populações interessadas e que propiciam o surgimento de novos "sujeitos históricos, que se afirmam como interlocutores fundamentais na construção da cidadania". (Jacobi, 1987 e Costa, 1989)

Esse sentido não se aplica, entretanto, aos movimentos anti-institucionalização que são dirigidos, principalmente, para as instituições asilares em geral e psiquiátricas em particular. Embora as denúncias da repressão e da

violência praticadas nessas instituições, possam ser referidas à maioria dos estabelecimentos institucionais, elas incorporam questões ideológicas relevantes, e se apresentam, antes de tudo, como um movimento de ação, que se propõe reverter uma prática instituída. Quadro que não preenche, portanto, as condições para caracterizar um movimento social, no sentido em que a expressão é utilizada freqüentemente. Face à carga ideológica que contém, esse movimento poderá ser melhor compreendido como uma corrente ideológica.

O encontro entre a concepção de movimento social e a de corrente ideológica aponta para a discussão do conceito de ideologia que, na ótica marxista, adquire um significado crítico, de um conteúdo ilusório que se refere à consciência deformada da realidade e que se dá através da ideologia dominante: as idéias das classes dominadas são as idéias dominantes na sociedade. (Conf. Escobar (1974), Chauí (1983) e Löwy (1992))

Quando a concepção de ideologia incorpora as categorias de historicidade e classe social, inerentes ao marco teórico marxista, o sentido de realidade social e política vincula-se ao interesse de certas classes.

Chauí, (1983), compreende ideologia "como idéias ou representações que os homens produzem através das quais procuram compreender e explicar a realidade e suas relações com o social, com a natureza e com o sobre natural", e acrescenta que um dos traços fundamentais da ideologia consiste, justamente, em "tomar as idéias como independentes da realidade histórica e social, de modo a fazer com que tais idéias expliquem aquela realidade, quando na verdade, é essa realidade que torna compreensíveis as idéias elaboradas". (Chauí, M. 1983. pp.10 e 11). É que os homens, afinal, além de fixar seu modelo de sociabilidade através de instituições determinadas, produzem idéias ou representações, pelas quais procuram explicar e compreender sua própria vida individual, social e suas relações, e esse ocultamento chama-se ideologia (pp.20-26). Vê-se, aqui, as instituições entre os fatos sociais produzidos pelas relações dos homens entre si, como objeto das idéias,

representações e explicações, que resultam em uma construção imaginativa, que consiste na ideologia. São essas explicações que dão sentido e significado ao mundo que existe ao nosso redor e que vemos como exterior a nós. Mas esse sistema ordenado de idéias, representações, normas e regras é visto como algo separado e independente das condições materiais, visto que seus produtores, os teóricos, os ideólogos, os intelectuais, não estão diretamente vinculados à produção material da existência. (p.65).

Escobar (1974, p.11), destaca o sentido universal do conceito marxista de ideologia, entendendo que o marxismo não contém uma ciência dos discursos ideológicos, mas, antes, uma ciência tronco, de onde a ciência tira e organiza suas possibilidades teóricas. Segundo ele as ideologias são regionais ou históricas. Assim, as ideologias têm sua própria história, apesar de determinadas pelas lutas de classes, enquanto a ideologia, em geral, não tem história.

Apoiando-se em Althusser, Escobar comenta que, para esse autor, a ideologia contém um objeto representado de forma imaginativa, quando diz que "a ideologia representa a relação imaginativa dos indivíduos com suas condições reais de existência". (Escobar, 1974, p.15). Nesse caso, como acrescenta o autor, a prática da ideologia tem suas razões explicadas na ciência da história, isto é, nas relações sociais de produção e de dominação de classe, porque os discursos ideológicos representam, no imaginário, relações dos indivíduos com a história.

Assim, não são as condições reais de existência que são representadas nas ideologias, mas as relações das pessoas e grupos com estas condições. Segundo Escobar, a ideologia existe em razão dos papéis e das classes. É que o sujeito a que os papéis se referem não se constitui em um lugar preciso, nem estabilizado ou completo.

A incorporação dos profissionais de saúde - agentes institucionais formais - e do público no processo de implementação da nova prática de assistência não asilar, concorreu para que as bases ideológicas dos movimentos anti-

institucionalização fossem aprofundadas e ampliadas, dando origem a um discurso que contém uma retórica própria. Retórica cujo tom polêmico é admitido por Basaglia, (1985, pp.9-13), que justifica: "a nossa ação parte de uma realidade que só pode ser violentamente refutada - o manicômio" e diz, ainda, que seu discurso é anti-instituição e anti-psiquiátrico, mas compreende que o questionamento do sistema psiquiátrico "transcende a esfera psiquiátrica, para atingir a estrutura da sociedade que o sustenta, vai da crítica à 'neutralidade científica', que atua como sustentáculo dos valores dominantes, à ação política". Basaglia acrescenta que, "diante da violência que afronta e da injustiça contida no sistema psiquiátrico, ou se é cúmplice ou se age e destrói".

Os movimentos anti-institucionalização e de desinstitucionalização - nos moldes da proposta implementada na Itália, embora direcionados para uma ação concreta, anti-asilar - não contém elementos que permitam defini-los como movimentos sociais, no sentido em que a expressão é reconhecida. Não se constituem em um movimento reivindicatório pontual e tampouco dispõem de um mecanismo de articulação que os habilitem apresentar-se como interlocutores diante de uma questão de política social, do interesse de um grupo de pessoas. Diferentemente dos movimentos sociais, no seu sentido estrito, os movimentos anti-propõem-se a agir no interior da instituição, embora seu discurso diga respeito ao que ocorre além dos muros dos estabelecimentos.

Por outro lado, embora carregado de forte conteúdo ideológico, ao movimento anti-exclusão, enquanto fenômeno social, não se aplicam os parâmetros do conceito clássico de ideologia formulado pelo marxismo.

Conceituação imprecisa e insuficiente: o movimento, ao questionar as instituições está questionando a estrutura em que elas se produzem.

Uma melhor compreensão desse tema pode ser dado por Donnangelo, quando considera que "as condições supraestruturais de continuidade ou de superação da estrutura elaboram-se no conjunto das relações e instituições da

sociedade [...] e não necessitam ser identificados com agentes e aparelhos de Estado". (1976, p.41). Donnangelo introduz nessa reflexão o conceito de hegemonia que, segundo ela, "permite apreender a manifestação das relações de classe a nível político e ideológico, em sua articulação com a estrutura de produção[...]" "... em outros termos, as possibilidades do exercício da hegemonia não se encontram já dadas historicamente, mas se efetivam através de um processo contraditório de enfrentamento e, por vezes de concessões entre classes e frações de classe, indicando a presença, ao menos em potencial, de distintas ideologias e projetos políticos capazes de desempenhar papel efetivo na transformação da estrutura". (1976, pp.41 e 42). Esse raciocínio é aplicado por Donnangelo na análise da articulação da medicina com o político e o ideológico, é encontrado nos estudos de Foucault, Castel e Boltanski e, mais recentemente, nas reflexões críticas sobre as práticas psiquiátricas, especialmente aquelas que, partindo da análise do poder no interior da instituição psiquiátrica, buscam sua articulação com a distribuição do poder no conjunto da sociedade.

Basaglia (1973 e 1985), um dos principais representantes do movimento "anti", enquanto ação, vê o que ele denomina de instituições de violência, em situações que expressam a violência exercida pelos agentes sobre os pacientes. E, nesse caso, o conceito violência estende-se além dos estabelecimentos psiquiátricos, para quaisquer situações em que agentes institucionais exerçam domínio sobre pessoas sob seus cuidados: crianças, no âmbito da família; mulheres sob o domínio do marido, ou de outro membro masculino da família; velhos, doentes hospitalizados em quaisquer estabelecimentos hospitalares. O conceito abrange todas as situações que podem dar ensejo ao exercício da violência por parte daqueles que têm poder sobre aqueles que se encontram, irremediavelmente, colocados sob seu domínio. A família, a escola, os hospitais, são, assim, instituições em que existe uma distribuição de papéis e o exercício de um poder, uma separação entre os que detém o poder e aqueles sobre quem ele é exercido.

Essa divisão de papéis expressa uma "relação de opressão e violência entre poder e não poder, que se transforma na exclusão do segundo pelo primeiro" (Basaglia, 1973, pp.35-36), situando essa relação como expressão da situação de classe social.

Agentes institucionais, os técnicos, ao estabelecerem com os pacientes uma relação de opressão, assumem, segundo Basaglia, um papel mistificador, "porque preparam os indivíduos para que aceitem sua condição de objetos da violência". Basaglia entende que só resta aos psiquiatras e outros profissionais "rechaçar qualquer ato terapêutico sempre que tenda apenas a mitigar as reações do excluído para com o excludente". (p.38). Esta concepção não se refere apenas ao sistema asilar.

A objetivação do doente mental adquire o significado de um mecanismo de repressão, transcendente aos conceitos da própria doença. Não é um corpo que é objetivado, é toda uma pessoa. Anulado e espoliado de sua identidade, desprovido de subjetividade, só resta ao doente mental submeter-se à instituição e, por extensão, ao sistema.

O doente mental é, no caso, um excluído, mas é a sociedade que o exclui. Uma das características do processo de exclusão é a perda da identidade; a instituição lhe confere outra. É transformado em doente,- objeto, não gente, não homem -, de tal modo, que a objetivação do doente não é a sua condição de doente, mas diz respeito à relação entre o doente e a sociedade, que ao médico e aos demais funcionários que trabalham nas instituições a faculdade de cuidá-lo e vigiá-lo. Nesse processo, o médico é um sujeito com delegação para impor atos terapêuticos cujo significado é adaptar o doente à condição do objeto. Atos terapêuticos que contribuem para a fixação do doente em um papel passivo, que permite estabelecer uma relação de subordinação.

"O doente mental define-se no espaço institucionalmente imprimido sobre ele, como forma de controlar seus movimentos e suas falas". (Escobar, 1974, p.5)

As instituições psiquiátricas, segundo Basaglia, são estruturalmente impenetráveis para qualquer intervenção que não seja a vigilância, não havendo nelas possibilidade de uma relação terapêutica, porque são regidas por leis econômicas. "Isto significa que os diferentes tipos de aproximação não se acham estabelecidos ou decididos pela ideologia médica, mas sim pelo sistema sócio-econômico" diz Basaglia, (1973, p.41), sejam essas aproximações definidas em contratos de reciprocidade, previdenciários ou institucionais. Mas Basaglia reconhece que é o nível social do doente que confere significação à doença, o que "não quer dizer que a doença mental não exista". (p.41). Para o autor, a doença não reside na condição objetiva do doente: o que lhe confere o aspecto que tem reside na relação com o médico, que a codifica, e com a sociedade, que a nega. É que os médicos estão preocupados com a doença e não com os doentes. E foi a consciência desses pressupostos que deu conformação a seus métodos de trabalho.

O problema não é portanto, a instituição e/ou a doença, mas a relação que se estabelece entre ambos, relação que põe em evidência as diferenças de classes existentes, através do exercício de um poder "deshistorizante, destrutivo e institucionalizante, sobre, unicamente, os que não têm outra escolha senão o Hospital psiquiátrico". E esse poder se inicia no diagnóstico que tem o valor de um rotulamento; o diagnóstico que diferencia o normal do anormal, conceito elástico, discutível ligado aos "valores do médico e da sociedade que ele representa". (p.67)

Referindo-se à Itália, Basaglia considera que o sistema social não tem interesse em reabilitar o doente mental, numa sociedade em que o problema do trabalho não foi resolvido para os sãos. Ressalve-se que, na sociedade capitalista, o trabalho tem outros significados, além da garantia de meios de sobrevivência de aquisição de bens: através dele o indivíduo referenda sua condição de pertencente ao grupo social. O doente mental, ao romper com essa norma implícita e tácita, perde sua condição de pertinência. (Basaglia, 1973, pp.52-54)

Basaglia atribui ao médico a condição de agente da violência, encarregado de uma organização hospitalar destinada a cuidar e guardar o doente mental. Não seria possível, segundo ele, entender o médico, o enfermeiro e demais funcionários, envolvidos como atores numa dinâmica, em que, na verdade, não decidem seu próprio desempenho: este é decidido em outro lugar; onde se determina o uso da força, da autoridade destes atores,- marionetes cujos cordões são manipulados pelo sistema -. Mas, o poder de que o médico dispõe lhe é conferido pela sociedade. Essa é, também, a opinião de Escobar (1974) quando admite que as instituições não são, nem podem ser, movidas por elas mesmas, isoladamente do conjunto social. Elas existem para e em nome da sociedade, "pretender" mudar "uma instituição nela mesma é esquecer que ela tem sua garantia na formação social interna", (pp.3-4) e, reconhecendo a determinação econômica da instituição psiquiátrica, Escobar afirma que esta justifica e trabalha para a propriedade e eficácia da mão de obra, estabelecendo a distinção entre força de trabalho aproveitável e não aproveitável. Diante dessa tarefa, o paciente constitui-se uma ameaça e o discurso empironográfico das doenças serviria para mascarar a "instituição como técnica e científica". As situações de fato de que as instituições tratam, segundo Escobar, "misturam a realidade do internamento, escapam às vicissitudes subjetivas e, por isso, as relações médico-pacientes, hospital psiquiátrico-paciente não se inscrevem ao nível das situações ou experimentações isoladas, mas na realidade estrutural e no papel irrecusável das instituições. As instituições têm seus lugares marcados, não a partir delas mesmas mas no seu papel numa estrutura social edificada em termos de autoridade e repressão [...] humanismos de diferentes quilates reasseguram o lugar e autoridade".(Escobar, 1974, pp.2-5)

E a doença foi colocada sob controle, num encadeamento de discriminações e proibições. Ao atribuir às instituições um conteúdo exclusivamente repressivo, os profissionais das instituições,- professores, médicos, enfermeiros-, são vistos como agentes institucionais a serviço da ideologia

dominante e de repressão, sem saber que o são, instrumentos inconscientes do sistema de repressão. Nesse caso, o aparato pedagógico de formação articula-se ao sistema, na preparação de agentes perfeitamente ajustados à ideologia da instituição.

O movimento anti-institucionalização precisa ser analisado, não como um fato isolado, pontual, mas em toda a sua abrangência, que compreende a totalidade das relações sociais e sua relação com os problemas concretos: relação dos homens em interação uns com os outros, seu significado cultural, sua dimensão econômica e sua inserção na estrutura do sistema produtivo.

Mais ainda, o movimento anti-institucionalização, ao mesmo tempo em que nega o modelo de exclusão, põe em evidência as contradições contidas no próprio sistema social, que são expostas quando o movimento, rompendo com as práticas tradicionais, propõe transferir aos próprios indivíduos necessitados de assistência e às suas famílias, parcela considerável das atribuições com o seu cuidado e manutenção, reduzindo as atribuições do setor público. É que, a retórica que fundamenta o processo de desinstitucionalização identifica as categorias de indivíduos que abrange, como sujeitos de seu próprio cuidado, e transfere a ele (ou a sua família) a responsabilidade de se auto-cuidarem.

Ao assumir que os indivíduos são os responsáveis por sua assistência e ao atribuir aos pacientes e suas famílias a tarefa de se auto-cuidarem, a proposta do movimento anti-institucionalização apóia-se nas teorias liberais e põe em questão os limites do direito à saúde e da garantia ao acesso a serviços. E esse é o pensamento de Navarro, (1983) que entende que a questão do auto-cuidado deve a sua popularidade ao fato de que, ao invés de enfraquecer, fortalece os princípios básicos da ética do individualismo burguês, ética fundamental ao capitalismo.

Vale transcrever o comentário de Vicente Navarro, a propósito do auto-cuidado e da anti-medicina : "Na realidade, as soluções de auto-suficiência, auto-tratamento e independência e autonomia dos indivíduos sugeridas [...] supõem que

o indivíduo é, em última análise, responsável pela sua própria saúde. Esta solução individual para o que é basicamente um problema coletivo, (o modo de distribuição de poder na sociedade e de acesso ao consumo, inclusive de serviços), reforça o princípio do individualismo burguês e, também, reforça a estrutura do capitalismo, onde há que ser livre para se fazer o que se quer: comprar, vender, acumular riquezas ou viver na pobreza, trabalhar ou não trabalhar, estar são ou doente. Esta interpretação não se contradiz com os princípios do sistema capitalista e, por isto, freqüentemente encontramos autores rebeldes, tais como Illich, na estranha companhia do presidente Ford. Recordemos, por exemplo, a grande insistência do Presidente Ford, na última mensagem dirigida aos pais, sobre os cuidados pessoais, a educação sanitária e as mudanças do estilo de vida, como estratégia básica de saúde de uma administração profundamente conservadora". (1983, p.100)

O que está sendo proposto, segundo parece, é um novo protocolo na relação da sociedade com os cidadãos pertencentes aqueles grupos segregados. E, enquanto a sociedade não dispõe de equipamentos sociais para a assistência e cuidados dos egressos das instituições ou daqueles que não chegaram a ser encaminhados para elas, grande parte da tarefa de cuidado desses pacientes fica cometida às mulheres, o que abre uma questão não desprezível para discussão.

No caso específico dos estabelecimentos psiquiátricos, o movimento que é ideológico em sua formulação, toma por objeto uma prática que, embora abrigada no âmbito das ciências naturais, é, necessariamente, interdisciplinar: a assistência aos doentes mentais.

Os profissionais que trabalham nas instituições psiquiátricas ou em áreas afins, agentes institucionais, uma vez inseridos no movimento de desinstitucionalização, convencidos da força de sua proposta ideológica, dispõem-se a transformar em realidade a sua utopia. E, na sua concepção de realidade transformada, estão contidos os pressupostos de seu modelo de mundo e de instituição.

O reconhecimento de que a instituição representa para o público que a utiliza, a resposta para um problema, contrapõe-se à proposta de sua extinção, embora esse público não negue as suas distorções.

Mas, também, está contido no discurso do movimento anti-instituição, enquanto prática de assistência e cuidado, o entendimento de que a instituição, com todas as suas características, constituiu-se no âmbito do contexto social, pela ação dos atores sociais, cuja prática lhe dá vida e continuidade. Uma instituição expressa, portanto, as contradições geradas na sociedade onde ela se insere. Ao negar a instituição, o movimento nega o modelo de sociedade de que ela é parte.

No caso da desinstitucionalização em psiquiatria, os atores sociais do processo, - pessoas ou grupos de pessoas que participam dele podendo influir no seu encaminhamento, ocupando ou não uma posição de decisão estratégica no sistema de decisões políticas -, entendem que a desmontagem do aparato manicomial asilar está sendo construída, na prática. E será aí que será encontrada a resposta para as múltiplas questões que a formulação de uma nova modalidade de assistência tem feito emergir. E são atores sociais porque agem na cena social em que ocorre um fato e nele tomam parte, não importa o quanto.

" Não dá para a instituição, num dado momento, com base em novos conceitos, novos saberes médicos, 'puxar o tapete', de uma parcela da população que [...] sempre teve esse acordo tácito com relação a internação [...] que representa,(ou representou) uma resposta".

"Na relação da instituição com a família, a gente vai tentar fazer, cada vez mais, que a instituição passe a ter a cara de quem a constitui.. Então, por exemplo, se a gente tem (aí fora), toda a dificuldade burocrática, essa sociedade com múltiplos problemas, então, com certeza, a instituição é um desdobramento dela, vai ser um retrato dela, vai tender a se encontrar dentro do manicômio. Mas tentar sacramentar o que se encontra dentro do manicômio é concordar com a injustiça, o caos encontrado na sociedade". (Dep. nº 8)

"A idéia era tentar um novo modelo institucional, questionando o modelo antigo, tradicional. Então começou, também, em outros lugares. Foi constatada a existência de um percentual enorme de pacientes que não tinham sequer onde ficar, com problemas visivelmente muito mais de natureza social. Não tinha lugar... então, a questão não era só a questão de dar alta, mas de poder construir um novo modelo de relacionamento com a comunidade. Uma nova relação com a família,

paciente, comunidade... E isto significa a adoção de uma cultura manicomial nova, não violenta". (Dep. nº 10)

"A desinstitucionalização ainda está em processo [...] ainda está se construindo essa saída múltipla que se necessita. Tem questões levantadas e muitas questões a serem levantadas. Está se tratando muito de teoria. Teoria serve para refletir, mas a resposta será dada na prática. A tendência hoje é refletir sobre as questões. Mas é a prática que dará o caminho. A questão com a política de saúde mental é complexa. A gente não ... Você não sabe de quem você está falando, não sabe quem ou qual é o seu objeto". (Dep. nº 10)

A desinstitucionalização em psiquiatria, no Rio de Janeiro, como em outras partes, emergiu e expandiu-se em um movimento de características nitidamente ideológicas e políticas. Essa expansão foi favorecida pelo momento de crise do regime autoritário que estava sendo intensamente questionado pela conseqüente transição para o regime democrático. Deu-se, em sua origem, como um desdobramento ou derivação dos movimento que afastam do poder os sistemas fortes, ditatoriais, particularmente aqueles de base militar. É um espírito de uma época que emerge na Europa do após guerra, onde, seguramente, os efeitos daquela experiência sinistra foram vivenciados com maior intensidade, e chega ao Brasil, como soe acontecer com tais movimentos nos países periféricos, com algumas décadas de atraso, mas ainda não anacrônico.

A natureza ideológica do movimento tornava-se evidente na participação de figuras públicas, notoriamente envolvidas nos movimentos políticos de oposição ao regime autoritário, na presença crescente nas instâncias de decisão administrativa de representantes do movimento anti-asilar e, até mesmo, nos critérios de seleção utilizados nos concursos públicos para o preenchimento de vagas para profissionais que deveriam trabalhar nos serviços e instituições de psiquiatria, como ocorreu no Rio de Janeiro. (Dep. nº 8)

"Ao mesmo tempo que isso acontecia, acontecia, também, na prática, a abertura política, do país. Aconteceu com isso que todos os movimentos sociais, e o de saúde mental em particular, começaram a denunciar, a mudar. Em 1978 começaram os movimentos de trabalhadores de saúde mental. Começou a trazer em cena o público... A situação começou a ser discutida debatida. Custou muito

trabalho, levar à comunidade, à esse público. Levamos figuras importantes da arena política, e da área psicanalítica. Como Pelegrino, Gabeira, que sensibilizados e que, de qualquer maneira, tomaram essa bandeira como uma causa a ser defendida... E a gente então conseguiu recursos, colocar em prática alguns projetos." (Dep. nº 8)

"O berço do movimento da renovação da psiquiatria ou, se quiser, da desinstitucionalização na psiquiatria, no Rio de Janeiro, foi na Juliano Moreira, 1981-1986. Começava-se a colocar na mesa muitas perguntas. Teve a imprensa denunciando, o que acontecia com as pessoas que fazem o tratamento. A direção abriu um concurso, e eu entrei. Na época, a seleção levou em conta essa mudança que estava ocorrendo, e o critério de seleção foi um critério ideológico... O interesse das pessoas, pessoas de esquerda, estava voltado para a área de saúde mental e houve, na época, o surgimento de muita coisa, muito projeto. Eu participei, no início de um projeto, [...] que pensava na população mais marginalizada, por conta de uma internação duradoura, prolongada... Sem família ou mesmo com família, mas sem o apoio da família, [...] e tinha era uma necessidade de alguma coisa... A gente queria corresponder a essa demanda que se estabelecia e começava a se apresentar... Controlar o tratamento..." (Dep. nº 10)

A inserção de sujeitos políticos coletivos na luta anti-asilar dirige a atenção para o conceito de guerra de posição de Gramsci, quando define que "o critério central para a decisão da crise é a iniciativa dos sujeitos políticos coletivos, a capacidade de fazer política, de envolver grandes massas na solução de seus próprios problemas, lutar cotidianamente pela conquista de espaços e posições, sem perder de vista o objetivo final de promover a transformação de estrutura. (Gramsci, In: Coutinho, 1992, p.38).

O discurso dos agentes institucionais envolvidos no movimento anti-asilamento psiquiátrico remete com frequência para a relativização dos vários conceitos que o tema sugere - cura, controle, cuidado, tratamento -, cujos significados são redefinidos. Essa relativização não é observada na prática. Questões como a explicitação das condições das famílias para cuidar dos pacientes, a insuficiência dos serviços alternativos e a falácia de outros, o grau de comprometimento dos pacientes, que pode significar a sua impossibilidade de viver fora de um ambiente institucional, não são incluídas nas falas das pessoas imbuídas de um discurso anti-asilar, anti-hospício previamente elaborado.

"A maior demanda, o que a gente considera a grande demanda, é relativizar a importância que a técnica ocupava no cenário e levar mais um acréscimo social. Porque o que esse modelo técnico representava era segregar, seqüestrar, inviabilizar a vida dessas pessoas. E era isso que a instituição psiquiátrica fazia. A questão psiquiátrica começou a ser discutida e com isso a questão da doença mental. [Essa discussão] permitiu então construir um novo entendimento, um novo saber, acerca da loucura... Aquele lance de que os pacientes podem ser liberados..."(Dep. nº 10)

"Recebemos pacientes, tiramos das enfermarias, abrimos as portas... Foi preciso uma revisão do conceito de doença mental. Do critério do que é psiquiatria e doença mental. Tratamento, cura e controle. O aspecto institucional do tratamento. A questão do tratamento e da cura, que é um outro sentido tem que ser dado a essa questão..."

Era preciso pensar o quanto a internação significava sobrevivência, (comida, lugar pra dormir).

Outra coisa: o paciente está de alta mas o mercado de trabalho lá fora não tem emprego para ele...

É preciso criar uma nova opção. Porque não é a enfermaria psiquiátrica que vai ajudar, que vai dar conta disso, como os idosos, jogados para o hospital psiquiátrico. Foi de uma importância no transformar o hospital psiquiátrico". (Dep. nº 8)

"A gente conseguiu um avanço imenso, Na conferência [de Saúde Mental] eu fiquei emocionadíssima. A gente viu um momento da História do Brasil, completamente distinto. Eu ouvi pacientes do Tocantins. Esse projeto veio abrir um debate a nível nacional e possibilitou que as pessoas ainda agissem individualmente, pessoas de todo o Brasil, representando vivências próprias, tanto familiares como usuários. O movimento social é incorporado a tudo que ocorreu antes. Porque, em termos de participação social é um movimento social". (Dep. nº 10)

"A ciência devia dar conta da relação do social com a loucura...Eu acho que no momento a gente precisa ajustar alguns fatos empíricos, práticos, transformadores dessas teorias, sim, porque se essas teorias se tornam estéreis e não dão conta da realidade, elas precisam ser reconstruídas. Se a gente não fizer esse discurso, essas buscas e se não se dispuser a refazer esses conceitos... Isso que a gente está fazendo pode representar alguma possibilidade de vida para essas pessoas, porque se não representar de nada servem as pesquisas sociais. Não têm retorno... Mais que tudo, isso é compromisso social. Compromisso social a gente tem".(Dep. nº 10)

"É preciso retirar a psicose do gueto. eles têm direito a circular. A psicose não tem que significar, necessariamente, segregação". (Dep. nº 10)

O movimento anti inseriu-se no espaço social, nas organizações da sociedade civil e nos aparelhos de estado. Mudaram as instituições e as relações entre os usuários e os estabelecimentos de assistência psiquiátrica. Foram

formulados novos protocolos para as práticas das instituições manicomiais: normas de internações, altas, tempo de permanência, as portas das enfermarias foram abertas. Ao abrir as portas do hospício a sociedade mostrou a sua chaga maior: a divisão, a segregação e o que isto significa de absurdo numa sociedade que defende direitos e igualdade. O caminho que se abriu não tem uma rota traçada. Mudaram os discursos: mas o doente, mesmo nominado usuário, ainda precisa ser tratado, cuidado e assistido. Pode-se tirá-lo do gueto, mas não se pode deixar de atender as suas necessidades de cuidado e de assistência, inclusive de asilo/abrigo, se for esta a sua necessidade. Porque o meio urbano, que caracteriza a sociedade de hoje, concentrada nas mega cidades densamente povoadas, não tem condições de absorver os transgressores de normas: impregnada de riscos, desde a violência, inerente às contradições e conflitos próprios de seu sistema de produção e reprodução social, àqueles resultantes dos processo mais imediatos de interação social. Riscos que vão dos incidentes com a lei, freqüentemente repressora e violenta, antes que à serviço da ordem, aos acidentes e a possibilidade de contágio de doenças, em relação ao qual os doentes mentais são mais vulneráveis, como é o caso do HIV.

CAPÍTULO V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo central deste trabalho foi analisar os fundamentos históricos e sociais da constituição das práticas médicas, baseadas na exclusão de doentes do meio social e seu confinamento em estabelecimentos asilares. Pretendeu-se, ainda, analisar o processo que, iniciando-se pelas críticas daquelas práticas, propõe e implementa sua transformação e a desativação dos estabelecimentos de segregação.

Dentro deste propósito, definiu-se a necessidade de compreender as formas pelas quais as transformações que ocorrem nas práticas de exclusão articulam-se às estratégias que inserem os serviços de saúde no modo de produção capitalista.

Evidenciou-se, também, que seria preciso, para melhor compreensão do fenômeno em sua etapa operacional, discutir as suas implicações na vida das pessoas, simultaneamente sujeitos e objetos do processo em curso.

A apreensão pela medicina e seus serviços das práticas institucionais asilares, situadas na convergência entre o religioso, o jurídico e o médico, favoreceu-se da experiência adquirida com as pestes e as epidemias. Esta experiência consagrou o asilamento, como forma de atender o problema que aquelas doenças representavam, sem, no entanto, definir-se em uma prática verdadeiramente médica.

Como a medicina não dispunha de terapêuticas eficazes, seja para tratar a lepra, seja para reverter a loucura ou mesmo para tratar os tuberculosos, os portadores dessas doenças foram mantidos segregados, sob as bênçãos da igreja e o referendo do saber médico. Os pretextos para a segregação eram vários: constituíam um risco para os demais, eram incapazes de trabalhar ou, ainda, por que sua presença representava ocasionalmente um incômodo. Havia, aliás, incômodo para a própria medicina, que

respondendo pela função de tratar, curar, aliviar, no caso, apenas acolhia, abrigava ou, quando não, utilizava ou deixava que utilizassem, em seu nome, práticas cruéis, discriminatórias, no que tinha a cumplicidade da igreja.

Assim, as práticas aprendidas na Idade Média consolidaram-se no modelo de exclusão e na sua forma manifesta, os estabelecimentos asilares, como modo de dar solução aos problemas gerados pelos portadores de certas categorias de doenças.

E os espaços hospitalares foram utilizados para a instalação desses estabelecimentos, que ora acolheram os pestosos, ora os leprosos e ora os loucos, segundo a importância de cada um, em cada época. A institucionalização do modelo excludente implicou, seguramente, na elaboração e organização de um conjunto de práticas e saberes, na materialização dessas práticas em um espaço físico, um lugar especial, e na construção de um ideário que a explicasse e legitimasse. Corporificadas em uma forma instituída de intervir no corpo e no social, essas práticas significaram, não só um modo de assistir os doentes como, principalmente, o exercício do poder de um grupo sobre outro.

Em outras palavras, a definição do asilamento e da exclusão, como modelos de assistir os doentes, cria, ao estruturar seus modos de cuidar e tratar, os meios materiais e imateriais que os instrumentalizam e viabilizam, (ou se apropriam dos meios já existentes). E, assim, o processo que institucionaliza o asilamento e a exclusão por ele compreendida faculta a construção e a conformação de um conjunto de práticas e saberes que se definem e diferenciam. Incorporadas às representações das pessoas e grupos, essas práticas se expressam em um ideário legitimador que as referencia e as insere no discurso que sustenta o sistema de relações sociais.

Esse processo pode ser observado com respeito à principal característica do modelo, - a segregação- , que pode ser rastreada da antiguidade até hoje, como no caso da estigmatização da lepra e nos significados que lhe são atribuídos, definidos no

imaginário contido no seu processo de institucionalização. Fato que, no entanto, não faz dessa prática um produto exclusivo de uma concepção ideal. Conjugam-se no processo de sua construção, as razões de ordem política, social e econômica, que os significados que lhe são atribuídos legitimam.

No entanto, a segregação não significou tratamento, cura, ou mesmo cuidado. Mesmo que, em algumas situações, tenha significado abrigo, era à exclusão e às práticas cruéis que, mais claramente, se associava. Quando os discursos, que davam sustentação à teia de articulações do sistema de relações sociais, passaram a contemplar os direitos civis, políticos e sociais do homem e o direito à liberdade, reconhecendo esses direitos como inerentes à condição de cidadão, a segregação tornou evidente a distância entre aquele discurso e a realidade social. E tornou-se, juntamente com a tortura e outras práticas de intolerância, o "calcanhar de aquiles" da sociedade moderna ocidental.

As mudanças ocorridas no modelo de assistência a determinadas categorias de doentes, centrado na internação e no confinamento em estabelecimentos asilares que começam a ser observadas nas práticas médicas a partir do final da Segunda Guerra, tendem, inicialmente, apenas a transferir essa assistência para serviços ambulatoriais e comunitários e para os domicílios.

A primeira categoria de pacientes que teve a sua assistência reformulada foi a dos portadores de tuberculose que, até então, eram tratados em sanatórios, onde permaneciam internados por períodos longos. A descoberta de meios terapêuticos mais eficazes e de fácil aplicação viabilizou o tratamento fora dos muros do hospital e os sanatórios foram desativados. Neste caso, a nova modalidade de tratamento foi aceita sem maiores questionamentos, quer pelos profissionais, quer pelas famílias ou pela comunidade. As resistências de natureza corporativa ou relacionadas a problemas individuais que foram observadas não chegaram a constituir-se em polêmicas.

Em poucos anos o tratamento ambulatorial dos tuberculosos já havia sido apreendido conceptualmente pelos trabalhadores dos serviços de saúde, e incorporado ao imaginário social e à representação pública da doença.

Logo a seguir a mesma orientação começa a ser proposta para os portadores de lepra. Ainda aqui foram as descobertas de novos medicamentos de eficácia garantida, - alguns dos quais ainda estão sendo objeto de pesquisa -, que tornaram possível o tratamento dos doentes em ambulatórios e a abertura das portas das colônias, que se encontravam fechadas desde a Idade Média.

Na realidade, no caso da lepra, a aceitação da nova modalidade de tratamento não se deu com a mesma facilidade: o longo período de internação a que são submetidos os pacientes, a perda das raízes familiares e da identidade social, o estigma que acompanha a doença, contribuíram para inviabilizar a alta de grande parte dos pacientes internados. Assim, o tratamento ambulatorial foi adotado, de imediato, apenas para os casos novos, enquanto a maioria dos pacientes que vivia em colônias continuou internada e muitos deles, ainda hoje, aí permanecem. O asilamento dos hausenianos foi abolido oficialmente a partir dos anos 80, mas a transformação do modelo ainda pode ser considerada em processo.

Restavam os hospícios. Mas, neste caso, a situação se diferencia. Além dos progressos da psiquiatria não serem tão evidentes quanto os ocorridos nas doenças infecciosas, a doença mental representa, mais que a expressão de uma patologia, no sentido clínico estrito, um problema impregnado de conteúdo social e político.

E diante disso, a desinstitucionalização dos loucos adquire uma dimensão diferenciada: a dimensão ideológica e política.

O debate que coloca em discussão, em princípio, a instituição psiquiátrica estendeu-se ao conjunto da sociedade e do Estado, evoluiu da relação indivíduo-instituição para abranger o contexto institucional e o próprio Estado, enquanto ator-

mandante, espaço social e político onde se confrontam as instituições e enquanto principal mantenedor do sistema. (Registre-se que o confronto entre o setor público e os produtores privados de serviços médicos de internação, que evidencia um conflito de interesses de natureza política e econômica, conquanto pertinente a essa relação, não foram objeto explícito dessa análise). E nesse debate, pleno de questões polêmicas, evidência-se o reconhecimento do estatuto social da loucura, que, iniciado nos anos 50, torna-se nos anos 80, "um imperativo social". (Bezerra Jr, 1994)

E o asilamento, enquanto prática de assistência a doentes mentais, deixa de ser objeto de uma crítica isolada, formulada por alguns setores ligados à psiquiatria, para ser condenado, não só nos textos acadêmicos, mas, também, em documentos oficiais e nos meios de comunicação em geral.

Os dispositivos técnico-normativos que regulam as práticas assistenciais são reformulados: as necessidades de cuidados médicos dos pacientes, antes institucionalizados são reavaliadas. E a própria doença mental é posta em discussão, bem como os conceitos de tratamento e cura.

A desinstitucionalização veio a constituir-se, nesse contexto, em uma palavra de ordem, atribuída aos reformadores, mas utilizada para muitos e diferentes propósitos; seja representando a negação da instituição de exclusão como meio de tratamento e a sua substituição por novas práticas, que destacam a efetiva participação das famílias e de dispositivos comunitários na assistência aos doentes; seja como símbolo da perspectiva de abolição de todas as instituições de controle social, emparelhando-se à anti-psiquiatria. Mas para os administradores, ela era, sobretudo, um programa de racionalização financeira e administrativa, sinônimo de redução de leitos hospitalares.

Com este último significado, a desinstitucionalização foi praticada, como desospitalização, incluindo uma política de altas hospitalares, redução do número de leitos e fechamento de hospitais psiquiátricos.

Fundamentalmente, o que caracteriza o processo é uma rejeição do modelo de tratamento de pacientes em instituições asilares para a progressiva adoção do tratamento ambulatorial e do envolvimento dos próprios pacientes e das famílias no cuidado e na assistência.

Na perspectiva das relações pessoais, a desinstitucionalização, especialmente em Psiquiatria, tornou-se um processo social complexo que tende a mobilizar os sujeitos sociais envolvidos, a transformar as relações de poder entre os pacientes e a reinventar novas formas de assistir os portadores de transtornos mentais, que substituam inteiramente a internação em Hospitais Psiquiátricos e que nascem da "desmontagem e reconversão dos recursos materiais e humanos que estavam ali depositados". (Rotelli et alii, 1990, p.18)

O questionamento da instituição asilar - internamento de doentes mentais e de outras categorias de pessoas necessitadas de assistência - passa a constituir uma corrente de pensamento que mobiliza a sociedade, ou grandes parcelas dela, para a crítica e a ação de mudar, de transformar as instituições em que a repressão e a segregação são as práticas primeiras.

O movimento de crítica ao asilo e à instituição psiquiátrica, tendo como alvos principais a exclusão, a cronificação e a violência impostas pelo modelo psiquiátrico, busca criar novas bases de sustentação teóricas e institucionais, para o tratamento das doenças mentais.

As transformações são implementadas através de um conjunto de estratégias, que incluem, entre outras, as mudanças nos procedimentos legais e normativos, que regulam as práticas de assistência psiquiátrica, a formação de quadros dentro de uma

nova abordagem da saúde mental e a mobilização da opinião pública, articulando-se em um movimento, que se respalda em um discurso com nítidas características políticas e ideológicas. E a psiquiatria transforma-se no cenário privilegiado de discussões teóricas e de lutas políticas.

Tomando as expressões "movimentos sociais" ou "correntes ideológicas" num sentido livre que abrange ambos, esses movimentos delimitam-se a partir de uma visão de mundo que é social, produzida no âmbito de uma situação social, e, portanto, portadora dos conflitos e contradições inerentes à sociedade onde se insere. Visão parcial da realidade, que se pretende universal.

Trata-se, no caso das instituições psiquiátricas, de um movimento que propõe uma intervenção nas práticas estabelecidas para mudá-las ou introduzir uma nova prática; uma intervenção normativa nos modos de lidar com situações sociais que o problema psiquiátrico integra. Pretende substituir condutas que denuncia como viciadas, desviadas, por outras condutas - estas elaboradas com base em saberes contidos nas representações e visões de mundo que orientam o movimento. E, embora tenham, enquanto movimento ideológico, uma visão universal de mundo, a prática que propõem é dirigida à intervenção sobre um setor da sociedade, um conjunto de relações sociais específicas.

Esse é o caso do movimento anti-institucionalização. Uma concepção ideológica, que é universal, em que sobressai a questão das relações homem-poder, homem-liberdade, e, em consequência, homem-indivíduo privado e o Estado, organização social que representa o público, o coletivo. Mas não se trata de secundarizar a questão da assistência, mas de redefinir seu lugar numa estratégia mais ampla de ação. Ao intervir no espaço das ações de saúde em psiquiatria, o movimento confronta-se com o fato de que a questão da loucura não está contida no asilo, mas se

difunde por toda a sociedade, que vem utilizando este meio, ao longo de séculos, para lidar com a doença ou com algumas de suas manifestações.

Em seu processo de consolidação o movimento se amplia. Os objetivos iniciais de reforma das instituições psiquiátricas e modernização das tecnologias de atenção psiquiátrica estendem-se em direção a redescrição e a reconstrução das relações entre a sociedade e os loucos. (Bezerra Jr., 1994, pp.171-189). E o questionamento crítico da instituição asilar psiquiátrica, - o hospício - evoluiu, da simples denúncia de seu caráter repressor, carcerário e excludente, à proposta de sua extinção.

Confrontam-se, assim, não só o privado e o público, mas dois espaços de conhecimento: o social e o natural. E mais, confronta-se o particular - setor saúde e os aparelhos em que se organiza, - e o geral, universal - contido no movimento ideológico -. E, lado a lado com outros movimentos sociais, a questão da psiquiatria assume um papel na luta que se trava, na sociedade brasileira, pela redemocratização do país.

Processo social e, portanto, histórico, a desinstitucionalização constitui uma ruptura e uma negação dos saberes - práticas e conteúdos, valores legitimados, representações da realidade social e política contidas nas práticas negadas e que correspondem a uma determinada organização social, econômica e política.

E essa ruptura, enquanto contém uma negação de uma prática aceita e consagrada, referente a uma situação social dada, expressa um rompimento, com o saber que essa prática encerra e que explica o seu significado; reelabora o saber nela contido; denuncia os valores que justificam e legitimam a prática que nega, desmascarando o seu sentido oculto, ideológico. Mas, por outro lado, a ruptura contém, também, a afirmação de uma nova prática, de um novo modo de organizar as relações referentes à situação social sobre a qual propõe-se intervir. Essa nova prática

contém, por sua vez, um saber que a explica e a refere às situações sociais específicas, e que produz os conhecimentos para intervenção nessas situações. São valores reavaliados e relativizados, legitimando novo modo de intervenção.

"A negação de um sistema é a resultante de uma desestruturação, de um questionamento do campo de ação em que agimos. É o caso da crise do sistema psiquiátrico: desde que nos conscientizamos do significado desse campo específico, particular, em que atuamos, ele vem sendo desestruturado e questionado. Isso significa que em contato com a realidade institucional e em nítida contradição com as teorias técnico-científicas, evidenciaram-se elementos que remetem a mecanismos estranhos à doença e à cura. Diante de uma tal constatação era impossível evitar a crise das teorias científicas sobre o conceito da doença, assim como das instituições sobre as quais elas fundam suas ações terapêuticas". (Basaglia, 1985, p. 103)

No caso dos sanatórios de tuberculose o processo já se encontra acabado: os saberes e práticas, o conteúdo ideológico e as formas de atuação, já foram absorvidos nas representações individuais e coletivas sobre a doença.

Quanto à lepra, o processo ainda não se completou. Se nos níveis acadêmicos e entre os profissionais de saúde, os conceitos que estabelecem as estratégias de tratamento já se tornaram um consenso, as colônias ainda existem, de portas abertas, asilando um grande número de pessoas: antigos doentes e seus familiares.

É, portanto, com relação às instituições de saúde mental que a desinstitucionalização, ainda em processo, constitui-se um fenômeno cujas características ainda podem ser observadas e onde algumas questões, que se tornam evidentes nesse processo, podem ser apontadas.

A idéia de que a substituição da internação em hospitais psiquiátricos, por outros dispositivos terapêuticos, seria suficiente para superar a psiquiatria asilar, começa a ser objeto de crítica. Constatou-se que a intervenção nas instituições

psiquiátricas, delimitadas nos dispositivos de internação e asilamento, não é o bastante para superar os problemas representados pelos manicômios. O conceito de desinstitucionalização, que fora freqüentemente tomado como dirigido à instituição hospitalar foi reformulado.

Nessa nova escalada crítica o objeto da desinstitucionalização deixa de ser o manicômio e passa a ser o conjunto de "aparatos científicos, legislativos, administrativos, de referências culturais e de relações de poder", aglutinados sob o título de cultura manicomial. (Bezerra Jr, 1994, p.181). A questão assume novos contornos e o próprio conceito de instituição psiquiátrica se amplia, para abranger a totalidade da vida social.

Ao lado das naturais dificuldades dos antigos trabalhadores em saúde mental em aceitar os novos modelos de assistência, verifica-se que estes não são capazes de dar conta da realidade institucional e nem das condições vividas pelos clientes. Condições que vão se constituir em obstáculos concretos à implementação das novas medidas, sobre as quais os agentes institucionais não têm como intervir.

Nos serviços de saúde mental, a substituição da internação hospitalar como principal recurso de tratamento e a transferência aos familiares e aos próprios pacientes da responsabilidade pelo seu cuidado, institui um novo protocolo normativo que não é reconhecido pelos usuários dos serviços. Pacientes e familiares são confundidos com as mudanças, estranhas às suas expectativas de assistência, - expectativas construídas em uma experiência prolongada, durante a qual as representações da doença e dos recursos institucionais para sua assistência foram sendo conformados.

Ao atribuir às pessoas a responsabilidade pelo cuidado de seus pacientes, sem lhes dar uma base de sustentação, o novo modelo coloca familiares e pacientes em situações sobre as quais não têm controle, por não dominarem os instrumentos de

intervenção necessários, gerando insatisfação e descrédito quanto à eficácia das novas práticas. Sem mencionar as contradições político-ideológicas contidas no novo estatuto normativo, que o referencia às teorias liberais. (V. Navarro, 1983 e 1986)

Mais ainda, a carência de uma base de sustentação representada por uma rede de dispositivos alternativos acessíveis às pessoas, aliada ao vazio do discurso que, conquanto afirme a necessidade da participação de familiares e comunidades no processo de mudança, não explicita os mecanismos capazes de concretizar essa participação, inviabiliza o alcance dos objetivos da nova política de saúde mental, a curto prazo.

É então que emergem, entre os agentes institucionais e o público, usuários dos serviços, focos de resistência, que revelam as contradições próprias do processo de mudança. Diante do obstáculo que essa resistência representa, a adesão de um dispositivo político - administrativo torna-se um objetivo estratégico, para garantia da implementação do novo modelo. Nesse objetivo se insere o projeto que o movimento ideológico encerra.

Vale registrar, também, que, ao atribuir ao paciente e às suas famílias a responsabilidade pelo seu cuidado, o novo procedimento tende a eleger no grupo familiar um de seus membros, a quem é delegado, embora não formalmente, a função de cuidar do paciente. Esse membro da família é, quase sempre, a mãe. Este fato desloca a discussão para o âmbito da questão da mulher, tornando o assunto bastante atraente às investigações sobre a questão de gênero.

Entendemos que a dimensão institucional, definida no conjunto das relações sociais em que se estrutura, inscreve-se no sistema de produção e reprodução da sociedade, num processo em que, práticas e saberes são construídos e "desconstruídos", e novamente construídos, ao longo dos movimentos das conjunturas históricas.

Quando se toma por objeto as práticas médicas, depara-se com a dificuldade de descolar seus significados da neutralidade, que lhe é dada por sua função imediata - curar, tratar, aliviar o sofrimento -, que lhe é atribuída pela via da concepção científica de seu conteúdo e pelo caráter humanístico dessas práticas, que são elaboradas e reelaboradas e têm um de seus suportes na continuidade histórica.

Tais são, também, as características das instituições de saúde e de seu processo de conformação. Elas se constroem e reconstroem, moldam-se ao sabor das necessidades virtuais dos homens em cada época e são reelaboradas no mesmo processo, sempre balizadas pelo contexto da história e dos sistemas de produção e reprodução de que são partes.

Desse modo, as práticas médicas e as instituições que elas integram, não são produtos do modo de produção capitalista, mas apreendidas por ele e moldadas segundo os interesses dominantes que lhe dão sentido.

Enquanto um trabalho, porque assim se insere no modo de produção capitalista vigente, enquanto uma praxis humana, produção de um trabalho, a prática médica tem, necessariamente, um objeto, sobre o qual essa prática é exercida, um produto, que deve atender a necessidade que a gerou, e um conjunto de saberes e práticas que intermedeiam a relação entre esses elementos nucleares do processo de trabalho.

A inserção da prática médica no modo de produção capitalista vai identificar os elementos que a constituem, dentro de parâmetros que definem o próprio modo de produção, o que se constata na identificação de seu objeto com o corpo dos indivíduos e, especialmente, com a força de trabalho que esse corpo representa, concepção que, aprofundada e ampliada, abrange a classe social.

A apropriação dos meios de produção de serviços de saúde pela prática médica, renovada pela invenção da clínica como meio de conhecimento e de trabalho,

ocupação dos hospitais e a transformação das práticas e saberes ali concentrados, são mecanismos que consolidam sua inserção no processo de produção capitalista.

A negação do modelo excludente e sua transformação - sua desconstrução e posterior reconstrução - vem a ser, nessa perspectiva, uma continuidade histórica: quando as contradições contidas no modelo vão se avolumando, impossibilitando sua aderência ao conjunto de relações sociais que estruturam um modo de produção, elas se desprendem dele, deixando lugar para a construção de novas modalidades de práticas sociais.

Retomando a compreensão das instituições asilares, enquanto meios de produção de serviços, articulação entre o trabalho, seu objeto e seu produto e a forma de seu consumo, compreende-se, também, essas instituições enquanto sistemas sociais vivos e dinâmicos, e, portanto, mutáveis.

A reorganização do campo hospitalar transforma a prática médica mas mantém as instituições asilares e suas características excludentes, mesmo porque os saberes que constituíam a clínica não davam conta, ainda, das doenças ali abrigadas ou segregadas.

A demanda crescente por serviços médicos e de saúde, seja devido ao aumento do volume da população, seja devido às mudanças nas concepções de saúde e de suas necessidades, ou à extensão do significado da necessidade de assistência, transforma os serviços de saúde. O domínio médico se amplia: do doente ao são, do indivíduo aos coletivos de indivíduos. E essa ampliação significa, necessariamente, a busca de novas estratégias de atuação.

Mas os hospitais ainda polarizam a assistência que se estende às comunidades.

Os custos crescentes dos serviços hospitalares, para onde foram levados os equipamentos que a nova tecnologia médica exige, fazem do hospital um

estabelecimento onde cada unidade monetária investida precisa ser transformada em serviço, isto é, em produto.

"Os meios de produção (na produção médica) não se sucedem meramente. Correspondem a e fundamentam modalidades de articulação entre o trabalho médico, seu objeto, seus produtos e a forma de seu consumo. O desenvolvimento da própria clínica, como meio de trabalho, só se dá pela modificação de todo o campo da prática: para que a clínica fosse possível, como forma de conhecimento, foi necessária toda a organização do campo hospitalar, uma nova definição do estatuto do enfermo na sociedade, a experiência e a instauração de uma certa relação entre a assistência e a experiência, o auxílio e o saber". (Donnangelo, 1976, p.18)

Convergem dois fatos para a determinação de um novo modo de lidar com a segregação: o primeiro destes fatos refere-se ao que ocorre nos hospitais, onde o capital se concentra, sob a forma de novos equipamentos, os quais devem gerar serviços, produtos e valores, onde não cabem doentes crônicos, incuráveis, cuja permanência não tem um horizonte de terminalidade, nem significam um retorno do capital investido. Cada leito hospitalar, com o auxílio das novas tecnologias, constitui um meio de produção e os crônicos os imobiliza.

O hospital onde o trabalho realiza um capital, contribuindo para sua reprodução, precisa ser um espaço dinâmico, produtivo. Não é um asilo. "Não é um lugar para guardar doente". E essa concepção nova de hospital determina a morte do sistema asilar e da exclusão nele contida.

O segundo fato observado diz respeito ao que vem ocorrendo no domínio da ciência e da técnica. A medicina, aprendeu que as doenças infecciosas têm uma causa, - um agente-, e mais, aprendeu o modo de tratar ou evitar a maioria das doenças causadas por um agente infeccioso. Melhor ainda, aprendeu que essa terapêutica, essa prevenção não precisam do hospital como meio de trabalho exclusivo.

Estavam dadas as condições para a desativação dos sanatórios e para a abertura das colônias dos leprosos. Era só uma questão de tempo. Tempo necessário para que os trabalhadores de saúde aprendessem essa nova versão do processo de tratar, dominassem as novas técnicas; tempo necessário para que as pessoas, o público se acostumassem com a nova representação das doenças -, da tuberculose e da lepra - e a internalizassem em suas representações.

Restavam os hospícios. A superação da internação asilar em psiquiatria encontra-se em andamento. Palco de um confronto entre o técnico e o político, a transformação da instituição psiquiátrica tornou-se objeto de uma polêmica que coloca em discussão, não só a própria instituição, seus conteúdos valorativos e seus aparatos de repressão e poder, mas a sociedade que a engendra.

SUMMARY

This study is concerned with the institucional hospitalization of patients (leprosy, tuberculosis and mental disease) and the substitution of segregation practices for a non-excludent assistance model. The definitions of disease, of hospital as a treatment place and asylum as a kind of hospital, are related to the evolution of assistance practices. Considering their history and introduction in Brazil, the asylum institucionalization of those patients and their transformations were described. The substitution of the asylum assistance model is examined under the light of the capitalist production.

BIBLIOGRAFIA

ALBUQUERQUE, J.A. As Metáforas da desordem. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra S/A, 1978.

_____. Instituição e Poder. Rio de Janeiro: Edições Graal Ltda, 1980.

ALLDERIDGE, Patricia. Hospitals, Madhouses and Asylums: Cycles in the Care of the Insane. Brit. J. Psychiat. Londres, (134): 321-34, 1979.

ANDRADE, Vera Lúcia Gomes de. Notas sobre o Estigma da Lepra. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1993. (cópia xerox)

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. Hospital-Instituição e História Social. São Paulo: Editora Letras & Letras, 1991.

AVIRAM, U. & SEGAL. S.P. Exclusion of the Mentally III. Reflection on an old problem in a new context. University of California, Arch. Gen Psychiatr. Vol. 29, July, 1973.

BANDEIRA, M., LESANGE, A., MORISSETTE, R. Desinstitucionalização: importância da infra-estrutura comunitária de saúde mental. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 43(12): 659-666, 1994.

BARBOSA, Manoel José. "Relatório e estatística do Hospício de Pedro II, desde 1º. de julho de 1854 até 30 de julho de 1855. In: Annaes Brasiliensis de Medicina, p.4.

BARREIRA, Ieda de Alencar. A Enfermeira-Ana Néri no "País do Futuro": a aventura da luta contra a tuberculose. Tese (Doutoramento em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1992.

BASAGLIA, Franco. Apresentação. In: A instituição negada. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

_____. As Instituições de violência. In: A Instituição negada. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

_____. A Instituição da Violência. In: As Instituições e os discursos. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro n. 35. Out.-Dez. 1973.

- BASTIDE, R. *Sociologia das doenças mentais*. São Paulo: CIA Editora Nacional, 1967.
- BAUDELLOT, C. & ESTABLET, R. *La Escuela Capitalista*. México: Siglo Veintiuno Editores, 1981.
- BERGER, P. L. & BERGER, B. O que é uma instituição social. In: FORACHI, M. M. & MARTINS, J. de S. (Org.) *Sociologia e Sociedade*. São Paulo: Livros Técnicos e Científicos Editora S.A., 1977.
- BERGER, P.L. & LUCHMAN, T. *A Construção Social da Realidade*. Petrópolis: Vozes Editora, 1990.
- BERLINGUER, G. *A doença*. São Paulo: HUCITEC-CEBES, 1988.
- BEZERRA Jr, Benilton. De médico, de louco e de todo mundo um pouco. In: Guimarães, R. e Tavares, R. (Org.) *Saúde e Sociedade no Brasil, Anos 80*. Rio de Janeiro: ABRASCO-IMS-UERJ, 1994, pp.171-189.
- BODSTEIN, Regina Cele de Andrade (Coord.) et. alii. *História e Saúde Pública a política de controle do câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: PEC/ENSP, 1987. 211p. (Memória da Saúde Pública, 22)
- BOURDIEU, Pierre, e PASSERON, Jean-Claude. *A Reprodução-Elementos para uma teoria do sistema de ensino*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1975.
- BRANDÃO, Teixeira. *Questões relativas à assistência médico-legal a alienados e aos alienados*, 1897, p.16.
- BRASIL. *Estatuto da criança e do adolescente*. Decreto n. 99.710 de 21 de novembro de 1990. Brasília, 1990.
- _____. *Leis, decretos, etc. Lei Nº 1.045, de 2 de janeiro de 1950*. Diário Oficial, Rio de Janeiro, 23 de janeiro de 1950. p.1122-2.
- _____. *Portaria N. 160, de 23 de julho de 1956*. Diário Oficial, Rio de Janeiro, 10 de agosto de 1956. p.15091-2.
- _____. *Portaria 139, de 5 de maio de 1958*. Diário Oficial, Rio de Janeiro, 31 de maio de 1958. p.37.
- _____. *MPS/CONASP - Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica no âmbito da Previdência Social*.

- _____. Manual de Serviço para Assistência Psiquiátrica, do INPS (Ordem de Serviço n. 304. 3/1973).
- _____. Portaria Interministerial (MS/MPAS) n. 1.369, de 15-02-1979.
- _____. Diretrizes de Divisão Nacional de Saúde Mental, (DINISAM/MS), 1980.
- BREILH, J. Epidemiologia, Economia, Política e Saúde. São Paulo: Hucitec, 1991.
- CARNEIRO, A.J. Novos rumos da profilaxia do mal de Hansen no Brasil. Rio de Janeiro, 1956.
- CASTEL, R. A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- CASTRO, Ieda Barreira et alii. Processo de trabalho em enfermagem: o caso de Curicica. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 6^o. 1991, Rio de Janeiro. Anais. Rio de Janeiro: ABEn, 1992.
- CHAUI, Marilena., O que é Ideologia. São Paulo: Editora Brasiliense, 1983.
- COMTE, A. Curso de Filosofia Positiva. Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural, 1978.
- CONFERÊNCIA NACIONAL PARA AVALIAÇÃO DA POLÍTICA DE CONTROLE DA HANSENÍASE. Recomendações. Bol. Div. NAC. DERMAT. SANIT., 35(1): 13-23, 1976.
- CORDEIRO, Hésio de A. Políticas de saúde no Brasil (1970/1980) 2.ed. In: IBASE. Saúde e Trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1983.
- COSTA, Nilson Rosario da. Lutas Urbanas e Controle Sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1985.
- _____. & TUNDIS, S. Almeida. Cidadania e Loucura, classes sociais e doença mental. In: Costa, N.R. e Tundis, S.A.(Org.) Cidadania e Loucura, Política de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1987.
- COUTINHO, Carlos Nelson. Gramsci. Um estudo de seu Pensamento Político. Rio de Janeiro, Campus, 1992.

- DELGADO, Pedro G. G. Perspectivas pós-asilar no Brasil. In: Costa, N.R. e Tundis, S.A.(Org.) Cidadania e Loucura, Políticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis: Editora Vozes, 1987.
- DE-SIMONI, L.V. Importância e necessidade da criação de um manicômio ou estabelecimento especial para o tratamento dos alienados. Rio de Janeiro, Revista Médica Fluminense. N. 6:241-262, 1839.
- DINIZ, O. Profilaxia da lepra: evolução e aplicação no Brasil. Bol. Serv. Nac. Lepra, 19(1), 1960.
- _____ A nova fase da luta contra a lepra, In: Congresso Médico do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1956. Boletim do Serviço Nacional de Lepra, 16(25), 3-11, 1957.
- DONNANGELO, Maria Cecília F. & PEREIRA, L. Saúde e Sociedade. São Paulo: Duas Cidades, 1976. 124p.
- DURKHEIM, Emile. As Regras do método sociológico. São Paulo: Cia. Editora Nacional. 1968.
- ENTRALGO, P. L. El Diagnóstico Médico - História y Teoría. Barcelona; Salvat Editores, 1982.
- ESCOBAR, Carlos Henrique, As Instituições e o Poder. In: As Instituições e o discurso. Rio de Janeiro: Edições Tempo Brasileiro, n. 35, 1974.
- ESQUIROL, J.E.D. Dissertation sur les passions considerées comme cause, symptomes et moyens curatifs de l'aliénation mentale, Paris, 1807; Des Malasies mentales considerées sous les rapports médical, hygienique et médico-legal. Paris, 1838.
- FAVEZ-BOUTONNIER, J. Prefácio. In: LAPASSADE, George. Grupos, Organizações e Instituições. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora, 1977.
- FAXON, N.W. "A History of Hospitals". In: Arthur C. Bachmeyer & Gehard Hartman (ed.), The Hospital in Modern Society, New York, The Commonwealth Fund, E.L. Hildred & Company, Inc., 1943. In: ANTUNES, 1991.
- FEBEN. O menor e a atuação da FEBEN. Diagnóstico para novos rumos. São Paulo, 1976.

- FOUCAULT, M. El Nacimiento de la Clínica, Siglo XXI, México: 1966.
- _____. O Nascimento da Clínica. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977.
- _____. História da Loucura. São Paulo: Editora Perspectiva, 1987.
- _____. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal, 1981.
- GARCIA.C. et alii. Análise Institucional: Teoria e Prática. Revista de Cultura Vozes, Petrópolis: Editora Vozes. V. LXVII, n.4.Maio de 1973/Ano 67.
- GARCIA, Juan Cesar. A articulação da medicina e da educação na estrutura social. In: NUNES, Everardo Duarte.(org.) Pensamento Social em Saúde na América Latina, Rio de Janeiro: Cortez, 1989.
- GRMEK, M.D. -Relations biologique entre la lepre e la tuberculose. In: Les malades à l'aube da le civilisationa occidentale. Paris, Payot (ed), 1983, pp.291-306.
- GOFFMAN, Erving. Manicômios, Prisões e Conventos. São Paulo, Editora Perspectiva, 1974.
- GOFFMAN, E. Stigma: notes on the management of spoiled indentity. Englewood Cliffs: Prentice -Hall Inc., 1963. London: Peguin Books, 1968. Apude JOPLING, W.H.- Leprosy Stigma. Lepr. Rev. (1991) 62, 1-12.
- GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. Medicina y Historia; raices sociales de trabajo medico. México: Siglo Veintiuno editores, S. A. , 1984. 204p.
- _____. Ricardo Bruno Mendes. Reflexão sobre a articulação entre a investigação epidemiológica e a prática médica, a propósito das doenças degenerativas. In: Textos de apoio de epidemiologia, n.1. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1985 pp.31 e segs.
- GUIRADO, Marlene. A criança e a FEBEN. São Paulo: Editora Perspectiva, 1980.
- HERZLICH, C. & PIERRET, J. Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. Paris: Payot, 1984.
- JACOBI, Pedro. Movimentos Sociais e Políticas Públicas. São Paulo: Cortez Editora, 1989.

- JERVIS, G. Crise de la psychiatrie et contradiction institutionnelles. In: L'Intitution en negation rapport sur l'hopital psychiatriue de Gorizia(sous la direcion de Franco Basaglia). Paris: Edition de Seuil, 1970.
- KOSIC, K. Dialética do Concreto. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1969.
- LAPASSADE, George. Grupos, Organizações e Instituições. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora, 1977.
- LAURELL, Asa Cristina. A Saúde e A Doença como Processo Social. In: Nunes, E.D. (org.) Medicina Social- Aspectos históricos e teóricos. São Paulo, Global Editora, 1983. 218p.
- LEAVELL, H.R. & CLARK, E.G. Preventive medicine and public health for the doctor enda his comunity: an epidemiological approach. New York: McGraw-Hill, 1965.
- LEMOS, F.Do isolamento dos hansenianos. Rio de Janeiro, Batista de Souza, 1939.
- LEPARGNEUR, Hubert. O doente, a doença e a morte: implicações sócio-culturais da enfermidade. Campinas: Papyrus, 1987. 208p.
- LESSA, Zenaide Lazara. Hanseníase e Educação em Saúde. Dissertação (Mestrado em Educação Sanitária) Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1986. 339p.
- LEVINSON, D.J. & GALLAGHER, E.B. Sociología del Enfermo Mental. Buenos Aires: Amorrrotu Editores, 1971.
- LINS, Ivan. Idade Média, A Cavalaria e as Cruzadas. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 1970.
- LÖWY , Michael. Ideologias e Ciência Social. São Paulo: Cortez, 1992.
- LUZ, M.T. As Instituições Médicas no Brasil. Rio de Janeiro: Edições Graal Ltda. 1982.
- _____ Natural, Racional, Social. São Paulo: Editora Campus, 1988.
- MACHADO, R. et alii. Danação da Norma-Medicina social e Constituição da Psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal Editores, 1978.
- MANNHEIM, K. Ideologia e Utopia. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976.

MARCO AURÉLIO. *Meditações*. Rio de Janeiro; Livraria José Olímpio, 1957.
(Trad. Lúcia Miguel Pereira).

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Legislação para o controle das doenças na área da Dermatologia, do Centro de Documentação do Ministério da Saúde*, Brasília, 1983.

_____. Portaria Interministerial nº3, de 27/10/1978.

_____. *Instruções para a execução das Normas de Controle da Hanseníase*. Brasília, 1972.

_____. Portaria Ministerial nº 165 de 14/03/1976, que revoga a Portaria nº 236 de 28/12/1972.

_____. *Instruções para Execução das Normas de Controle da Hanseníase, baixadas pela Portaria Ministerial nº 165, de 14 de maio de 1976*. Diário Oficial, 11/6/65. p. 8 301/03

MONTENEGRO, T. H. *Tuberculose e Literatura*. Rio de Janeiro, Serv. Gr.do IBGE. 1949. 220p.

MOREIRA, Diva. *Psiquiatria: Controle e Repressão Social*. Petrópolis: Editora Vozes/Fundação João Pinheiro, 1983.

MORGADO, A. & LIMA, L.A. *Desinstitucionalização: suas bases e a experiência internacional*. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 43(1): 19-28, 1994.

_____. *Asilo e Hospital Psiquiátrico: ainda são necessários na era da saúde mental comunitárias?* (Mimeo.) 1995.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo. *Tuberculose: De questão pública à questão de Estado - A Liga Brasileira contra a tuberculose*. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) Instituto de Medicina Social, Universidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1991.

NAVARRO, V. *La Industrialización del fetichismo: Crítica de Ivan Illich*. In: NAVARRO, V. *La medicina bajo el capitalismo*. Barcelona: Editorial Crítica, 1979. pp.135-178.

- _____ *Salud e imperialismo*. México: Siglo Veintiuno Editores, S.A., 1983.
- _____ *Introducción*. In: *La medicina Bajo el Capitalismo*. Vicente Navarro. Barcelona: Editorial Crítica, 1979.
- _____ *Classe social, poder político e o Estado e suas implicações na medicina*. In: *Texto de apoio de Ciências Sociais I*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1986.
- NUNES, Adão Pereira. *Conversa de Plantão, "Ramon Paraguaio"*. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1976.
- OLDENBOURG, Zoé. *As Cruzadas*. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 1968.
- PITTA, Ana. *O Hospital- dor e morte como ofício*. São Paulo: Editora Hucitec, 1991.
- POSSAS, Cristina de Albuquerque. *Saúde e Trabalho: a crise da Previdência Social*. Rio de Janeiro: Graal, 1981.324p.
- _____ *Eepidemiologia e Sociedade*, São Paulo, Hucitec, 1989.
- QUEVEDO, V. Emilio. *El Proceso Salud-Enfermedad: Hacia una clínica y una epidemiología no positivistas*. Seminario "Salud y Administración", Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Estudios Interdisciplinarios, Postgrado en Administración en Salud. Bogotá, 1990.
- RESENDE, Heitor. *Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica*. In: Costa, N.R. e Tundis, S.A. (Org.) *Cidadania e Loucura, Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Petrópolis: Editora Vozes, 1987.
- RIBAS, E. *A lepra: respostas às indagações feitas pela Associação Protetora dos Morféticos*. São Paulo, Pocaí, 1917.
- RIBEIRO, Lourival. *A luta contra a tuberculose no Brasil; apontamentos para sua história*. Rio de Janeiro: Edição do autor, 1956. 406p.
- RODRIGUES, H.de B. C. & SOUZA, V.L. B. de. *A análise Institucional e a profissionalização do psicólogo*. In: KAMKHAGI, V.R. & SAIDON, O. (Org.) *Análise Institucional no Brasil*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo 1987.

- ROSEMBLATT, Aaron, D.S.W. Concepts of the Asylum in the Care of the Mentally Ill. *Hospital and Community Psychiatry*, New York, 35 (3):244-250. March, 1984.
- ROTELLI, F. et alii. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.
- ROUCHE, Michel. Alta Idade Média ocidental. In: *História da Vida Privada*. Vol. I. Paul Veyne (Org.). São Paulo: Companhia das Letras, 1990.
- SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. Da profilaxia geral das doenças transmissíveis: codificação de leis referentes à profilaxia da lepra no Estado de São Paulo. Biblioteca do DPL, 1947. Apud Lessa, Z.L., 1986, p.42/3).
- SINGER, P. et alii. *Prevenir e Curar*. Rio de Janeiro: Forense -Universitária, 1978.
- SINGERIST, Henry E. *Historia y sociología de la medicina*. Selecciones. Bogotá: Gustavo Molina, Ed., 1974.
- SONTAG, Susan. *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.
- SOUZA ARAUJO, Heráclides Cesar. C. A situação da lepra no tempo dos vice-reis, 1680-1808. In: _____ *A História da Lepra no Brasil*. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1946. V. I, II, III.
- _____. A lepra no passado e no presente: sua prophilaxia e therapeutica. *Arch. Paranaenses Med.*, 1(1) 1920/21. Apud LESSA, 1988.
- TUCHMAN, Bárbara. *Um Espelho Distante, O terrível século XIV*. Rio de Janeiro: Livraria José Olympio Editora, S.A. 1978.