UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

SOBRE O TEMPO: ELOGIO À INSTITUIÇÃO NEGADA

Jacileide Guimarães

RIBEIRÃO PRETO – 2006

JACILEIDE GUIMARÃES

SOBRE O TEMPO: ELOGIO À INSTITUIÇÃO NEGADA

Tese vinculada à linha de pesquisa "Enfermagem psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas" do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como requisito para a obtenção do Título de Doutor em Enfermagem Psiquiátrica.

ORIENTADORA: Profa. Dra. TOYOKO SAEKI

RIBEIRÃO PRETO – 2006

Ficha Catalográfica

Guimarães, Jacileide.
Sobre o tempo: elogio à instituição negada. Ribeirão Preto: EERP-USP, 2006; orientadora Toyoko saeki. – Ribeirão Preto, 2006.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

1. História. 2. Psiquiatria. 3. Tempo.

FOLHA DE APROVAÇÃO

JACILEIDE GUIMARÃES

SOBRE O TEMPO: ELOGIO À INSTITUIÇÃO NEGADA

Tese vinculada à linha de pesquisa "Enfermagem psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas" do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como requisito para a obtenção do Título de Doutor em Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovada em_____

Banca examinadora

Profa. Dra. Toyoko Saeki
(Presidente/Orientadora)

Instituição: EERP-USP Assinatura:_____

Profa. Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida

Instituição: EERP-USP Assinatura:_____

Profa. Dra. Cléa Regina de Oliveira Ribeiro

Instituição: EERP - USP Assinatura:_____

Profa. Dra. Marina Massimi

Instituição: FFCLRP - USP Assinatura:_____

Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante

Instituição: FIOCRUZ Assinatura:_____

DEDICATÓRIA

Aos pacientes psiquiátricos que embora, hoje em dia, os dirigentes das políticas públicas de saúde acatem a denominação de *usuários dos serviços substitutivos de atenção em saúde mental* (denominação advinda dos movimentos que lutam por um lidar pautado na participação social e no respeito ao doente mental), em muitas localidades do Brasil, continuam sendo "assistidos" com tutela e violência, onde o "atendimento" é iniciado pela polícia e continuado (de forma não menos arbitrária) por instituições, em sua maioria, melhoradas em aparência, povoadas por profissionais reticentes e sociedade sobriamente omissa. Nós também desejamos que os que precisam de assistência psiquiátrica venham a ser usuários dos serviços substitutivos dos tradicionais hospitais psiquiátricos, com tudo que a legislação brasileira e uma nova mentalidade preconizam já há algum tempo, como necessário ao atendimento em saúde mental. É por reconhecer os avanços conquistados neste âmbito que um certo "tom de indignação" permanece e escapa das garras do "mesmo travestido no novo". Se muito se fala de resgate da cidadania e reinserção social do doente mental, resta-nos muita atenção ao que se diz e ao como se faz: "a fidelidade não exclui a crítica"[*] ou: a História não deve ser negligenciada.

[*] Jacques Le Goff em prefácio do livro *Apologia da História ou O ofício do historiador* de Marc Bloch, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 2001.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Deus – como me ensinou Clarice Lispector: “Porquê Deus é um substantivo. (...) Não existe um único adjetivo para o Deus”. Deus É.

IMENSAMENTE, agradeço a minha Orientadora Professora Toyoko Saeki que respeitou o “meu tempo”. Além do apoio e estímulo constantes à reflexão e espírito crítico em saúde mental.

À Professora Maria Cecília Puntel de Almeida, de Orientadora no meu Mestrado à referência importante na minha busca no que se refere ao entendimento da construção do conhecimento em Enfermagem e Sociedade.

À Professora Cléa Ribeiro que esteve no Exame de Qualificação trazendo apontamentos de filosofia “sobre o tempo”, esclarecedores para a construção deste estudo.

À Professora Marina Massimi que me recebeu em suas aulas de História e Memória da Psicologia, desde então pontuando indicações importantes para a minha reflexão sobre o presente estudo e que também participou do Exame de Qualificação.

Ao Professor Paulo Amarante, pela contribuição sempre instigante no pensar e fazer da saúde mental brasileira.

À Professora Conceição Bernardo, do Grupo de Estudo em Saúde Mental às conversas informais, sempre contribuiu muito para o meu próprio entendimento do que possa se definir como Enfermagem Psiquiátrica.

À Professora Maria Cristina Silva Costa, de quem eu “tomava nota mental” das conversas acerca de loucura e sociedade, leituras antropológicas, sempre mais perguntas e menos respostas; incentivo e bom humor suficiente.

À Professora Márcia Bucchi porque não é possível esquecer de suas considerações em minha formação de enfermeira psiquiátrica!

À Professora Maria Cecília Morais (Cila), por muitos ensinamentos teórico-práticos no lidar em saúde mental, para mim, contribuições valiosas.

À Professora Sueli Galera que contribuiu com o seu conhecimento de enfermeira psiquiátrica e me incentivou na escuta dos sujeitos da pesquisa.

À Professora Cândida Furtado, sempre na boa torcida, alimentava a esperança de ver o “fim” deste trabalho, enfim, o meu descanso!

Ao Professor Francisco Homem de Melo (ECA-USP) que gentilmente cedeu-me material pertinente acerca das minhas “preocupações estéticas” sobre o tempo.

Ao Professor Marcelo Carbone Carneiro (UNESP-Bauru), pelas breves, porém, gentis contribuições em minha busca sobre o estudo do tempo.

Ao professor Edgar De Decca (IFICH-UNICAMP), pelas suas contribuições de historiador.

Agradeço aos que fazem a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/USP, muito especialmente, às Secretárias do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas (EPCH): Adriana, Josilene, Edilene e Osmarina.

Ao pessoal da Comissão de Pós-graduação (CPG), especialmente, a Kethleen Caroline Ferraz Sampaio.

À sempre Grande Lourdes da Sala de Leitura Glete de Alcântara da EERP, pelo apoio constante: Lourdes sabe TUDO do acervo da Glete!

Ao pessoal do Hospital Santa Teresa de Ribeirão Preto, por me acolherem para a pesquisa de campo, principalmente, aos moradores do sexagenário Santa (1944...). A turma do Serviço de Arquivo (SAME), especialmente, a Nilce. Às enfermeiras Vera Lima e Valéria Pereira, obrigada pela força!

À Carla Ventura, pelo auxílio nas traduções necessárias.

À Maria Bernadete Malerbo, pela correção da normatização técnica.

À Professora Maria do Socorro, pela orientação gramatical deste trabalho.

À Marta, pelo trabalho de reprografia.

À Professora Soraya Maria de Medeiros (UFRN), pelo estímulo, pelo conhecimento transmitido e pela fé.

Às Professoras Fátima Motta, Abigail Moura e Luzia Cecília de Medeiros (UERN) – enfermeiras, de quem ainda trago muitas lições. Às Professoras Maurina Sampaio e Olga Freire, das Ciências Humanas e Sociais (UERN). À Professora Haidée Nóbrega Simões, de Literatura (ETFRN-CEFET). À Professora Núbia Queiroz, de Ciências (EEPJT)! Parece algum longo tempo? Mas tudo isso é construção! Obrigada.

Ao amigo e também enfermeiro psiquiátrico, Divane de Vargas, com consideração e respeito, obrigada por sua atenção.

Aos amigos e amigas, pela presença e apoio: Patrícia Parenti, Kelli Cristina, Isabel Belasco, Érica Simpionato, Maria Ivone Barbosa, Karina Molinari, Gisele Martins, Renata Cristina, Eduardo Souza, Guta Azevedo, Yolanda Condorimay, Fernando DJ, Soraya Guimarães, Vivian Brilhante, Socorro Oliveira, Vitória e Lilia.

À Catherine, Alecsander, Milú, Benjamim e Marco pelo carinho constante longe-e-perto! Pela luz de sua atenção, obrigada!

À minha família, geograficamente distante, porém, bem próxima, pois a cada nova ou velha angústia, um contato adicional e muita atenção.

Enfim, agradeço A ATENÇÃO de todos que contribuíram distintamente para a elaboração desta pesquisa e são bem mais do que os que estão citados! Ao longo deste trabalho posso “ver” muitos conhecidos e desconhecidos que possibilitaram sua construção: Muito Obrigada.

Yo bien sé que el olvido, como un agua maldita,
nos da una sed más honda que la sed que nos quita,
pero estoy tan seguro de poder olvidar...

(Poema del olvido, Jose Angel Buesa).

– Quem me roubou o direito de provar que sofro?
Respondo:
– O pátio.
– Que vivo?
– O pátio.
– Que quero?
– O pátio.
– Quem me ouviria?
– O pátio.
– Quem não me ouviria?
– O pátio.
– Quem sabe?
– O pátio.
– Quem não sabe?
– O pátio.
PÁTIOOOOOOOOOO. [Quem fez o pátio?]

(...) ENTRADA FRANCA AOS VISITANTES: não terá você, com seu indiferentismo, egoísmo, colaborado para isto? Ou você, na sua intransigência? Ou na sua maldade mesmo? Sim, diria alguém, se pudesse: recusaram-me emprêgo por eu ter estado antes internado num hospício. Sabe, ilustre visitante, o que representa para nós uma rejeição? Posso dizer: representa um ou mais passos para o pátio. – Eu quis, mas não posso viver junto dêles. Que fazer? Odeio-os então por isto. Trancar-me – voltar para o pátio, onde não serei rejeitada. Fugir. Fuga na loucura.

Maura Lopes Cançado, 1-2-1960.

Jornalista e escritora mineira – tempos de internação no Hospital Gustavo Riedel-RJ.
Trecho do livro *Hospício é Deus: Diário I*. José Álvaro, Editor S/A,
Rio de Janeiro, 1965. p.225-226. Coleção “Lúcio Cardoso”.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA

AGRADECIMENTOS

LISTA DE QUADROS

RESUMO

ABSTRACT

RESUMEN

1 INTRODUÇÃO: JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS 12

1.1 JUSTIFICATIVA 14

1.2 OBJETIVOS 18

2 METODOLOGIA: ARCABOUÇO TEÓRICO E PROCEDIMENTOS DA PESQUISA ... 19

2.1 ARCABOUÇO TEÓRICO 22

2.2 PROCEDIMENTOS DA PESQUISA 33

3 O VELHO E O NOVO NA PSIQUIATRIA: DA NEGAÇÃO DO TEMPO À INSTITUIÇÃO NEGADA 40

3.1 EXPERIÊNCIAS MUNDIAIS E EM ALGUNS PAÍSES DA AMÉRICA LATINA 41

3.2 BRASIL: "UM HOSPÍCIO PARA OS LOUCOS" *X* "POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIO" 76

4 LEITURAS SOBRE O TEMPO 114

5 RESULTADOS, ANÁLISES E DISCUSSÕES – SOBRE O TEMPO: ELOGIO À INSTITUIÇÃO NEGADA 120

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 145

REFERÊNCIAS 148

APÊNDICES 160

ANEXOS 163

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Sujeitos da pesquisa 38

Quadro 2: Seqüência do surgimento de locais para internamento de doentes mentais no Brasil 84

Quadro 3: Rede Caps Brasil 94

Quadro 4: Número de Caps implantados por UF em janeiro de 2005 95

RESUMO

Guimarães, J. Sobre o tempo: elogio à instituição negada. 2006. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

Trata-se de um estudo de natureza exploratória descritiva, com abordagem qualitativa. O arcabouço teórico que subsidiou a construção dos pressupostos e a análise dos resultados foram problematizações da Nova História francesa, aliadas às contribuições da fenomenologia sobre o tempo vivido, visando à exploração histórica e à compreensão do fenômeno estudado. Quanto às técnicas ou procedimentos de pesquisa, utilizamos a história oral temática acerca do tempo no hospital psiquiátrico através da questão norteadora: "Como você registra o tempo aqui no Hospital?" e suas correlatas, "Há quanto tempo você está no Hospital?", "Como você passa o dia no Hospital?". Objetivamos investigar as estruturas de sustentação temporal de pacientes psiquiátricos indigentes, com história de mais de vinte anos de internação em manicômio, que não dispunham de calendários e/ou relógios, assim como, relacionarmos tais estruturas às práticas e aos agentes da cultura manicomial e relacionarmos a negação do tempo no hospital psiquiátrico tradicional à possibilidade de acesso ventilada pela transformação dos serviços de atenção em saúde mental (a instituição negada/inventada). Os resultados encontrados apontam para a predominância de um tempo que, embora "morto", se impõe na ausência de conectores convencionais (calendário e relógio), através de nostalgia, silêncio eloqüente, um distanciamento que oscila entre uma imediata justificação ou "aversão" ao tema. Os sujeitos da pesquisa denunciam uma temporalidade interceptada, uma "presença faltante" marcada pela vivência institucional, mas também por resquícios de um passado pessoal, onde o porvir, hoje, propugnado pela atenção psicossocial exige o "re-aprendizado" das formas de lidar com os mecanismos temporais que caracterizam a passagem do tempo na sociedade extramuro.

Palavras-chave: Psiquiatria; História; Tempo.

ABSTRACT

Guimarães, J. About time: compliments to a denied institution. 2006. Thesis (Doctoral) – Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

This is an exploratory-descriptive study using a qualitative approach. The framework that based the construction of hypothesis and results analysis were the contributions of French New History and phenomenology, enabling a history exploration and the understanding of the studied phenomenon. With respect to the research techniques and procedures, the author used oral history to analyze time at a psychiatric hospital through the guiding question: " How do you feel time at the hospital?" and others related questions such as "How long have you been here?" , "How is your day at the hospital?". The aim of this study was to investigate the structures that base time to psychiatric patients with a history of more than twenty years of hospitalization, who did not have calendars and/or watches, as well as to relate these structures to practices, to the traditional hospital culture of denying time and to the possibility of access and changes in mental health services (from denied to an invented institution). The results point out the predominance of time, that although "dead", is present even with the lack of conventional connectors (calendars and watches), through nostalgia, eloquent silence, a distance that oscillates from an immediate justification to an "aversion" regarding the theme. The subjects of this research denounced an interrupted temporality, a "lack" marked by their institutional experiences but also with elements of their past, in which tomorrow and today, that are the basis of psychosocial care require the re-learning of coping ways with temporal mechanisms that characterize time flow in outdoors society.

Keywords: Psychiatry; History; Time.

RESUMEN

Guimarães, J. Sobre el tiempo: elogio a una institución negada. 2006. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

En este estudio exploratorio-descriptivo fue utilizado un abordaje cualitativo. El referencial teórico que basó la construcción de los presupuestos y el análisis de resultados fueron las contribuciones de la Nueva Historia francesa y las contribuciones de la fenomenología sobre el tiempo vivido, visando a la exploración histórica y a la comprensión del fenómeno estudiado. Cuanto a las técnicas o instrumentos de investigación, la autora ha utilizado la historia oral sobre el tema tiempo en el hospital psiquiátrico a través de la cuestión base: "¿Cómo siente Ud. el tiempo en el hospital?" y otras cuestiones relacionadas como "¿Hace cuánto tiempo Ud. está hospitalizado?", "¿Cómo Ud. vive sus días en el hospital?". El objetivo de la autora fue investigar las estructuras de sustentación temporal de los pacientes psiquiátricos con historia de más de veinte años de hospitalización que no tenían calendarios e/o relojes, así como relacionar estas estructuras a las prácticas y cultura del hospital y a la negación tradicional del tiempo en hospitales psiquiátricos a la posibilidad de acceso a través del cambio de los servicios de salud mental (la institución negada/inventada). Los resultados apuntan la predominancia de un tiempo que, además de muerto, se impone en la ausencia de conectores convencionales (calendario y reloj), a través de nostalgia, silencio elocuente, un distanciamiento que oscila entre una inmediata justificación o la "aversión" al tema. Los sujetos de la investigación denuncian una temporalidad interceptada, una presencia marcada por su experiencia institucional, pero también, por su pasado personal, donde mañana y hoy, propugnados por el cuidado psicosocial, exigen el reaprendizaje de las formas de lidiar con mecanismos temporales que caracterizan el pasaje del tiempo en la sociedad extra-muro.

Palabras-clave: Psiquiatría; Historia; Tiempo.

1 INTRODUÇÃO:

justificativa e objetivos

1 INTRODUÇÃO: JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

A temática aqui abordada trata da problematização da assistência em saúde mental, disposta nos seguintes itens: inicialmente apresentamos a justificativa e os objetivos (item um) que motivaram a construção da investigação sobre o tempo no hospital psiquiátrico e sua relação com as novas formas de atenção.

No item dois, trazemos a metodologia empregada, com a finalidade de explicitarmos o recorte (arcabouço teórico) efetuado para a orientação das questões levantadas na justificativa e expomos os procedimentos utilizados na busca dos objetivos propostos.

No item três, situamos algumas experiências, mundiais e latino-americanas, e nos detemos no caso brasileiro, acerca da existência do hospital psiquiátrico como *locus* do "cuidado" ao doente mental e as transformações ocorridas neste dispositivo de assistência. Neste item enfatizamos as experiências do após-Segunda Guerra Mundial por constituírem ainda o mote da mudança em saúde mental, com ênfase na experiência da Psiquiatria Democrática italiana.

No quarto item, apresentamos um pouco do pensamento de alguns estudiosos sobre o tempo e suas articulações com o nosso estudo.

No item cinco, articulamos os dados coletados às análises e discussões subsidiadas pelo arcabouço teórico. Este item contém os "resultados" da presente pesquisa à luz de uma interpretação problematizada a partir da experiência da pessoa institucionailizada.

Por fim, tecemos nossas considerações finais a título de reflexão sobre a atualidade da atenção em saúde mental: a negação do manicômio e a invenção de novas formas de lidar.

1.1 JUSTIFICATIVA

> Antes me parecia haver um depois. Agora não me parece haver além de agora. Há muito tempo o tempo parou. – Onde? Sou o marco do esquecimento. (...) Sou a desocupada no tempo, a não fixada.
>
> Maura Lopes Cançado

O ponto de partida do presente estudo é um questionamento considerado inquietante para a condição humana: o que é o tempo?

Não por falta de possíveis respostas e nem tampouco por falta de questionamentos, mas pela curiosidade que este tema nos instiga e pela sua indefectível relevância social/cultural e de referência individual/pessoal, afinal, somos os seres humanos e, querendo ou não, o tempo não passa, nos atravessa. Falar sobre o tempo reveste-se para nós de um interesse e uma cumplicidade que nos remete ao campo das ciências humanas e sociais, terreno muito caro nas nossas preferências e preocupações literárias e científicas. E que se torna mais caro ainda quando o vértice da equação a ser tecida refere-se ao âmbito da loucura e seu espaço secular: o manicômio[1].

No cerne da historiografia da loucura, já foram estudadas muitas interfaces que compõem um solo fértil para a compreensão da constituição de um saber que foi erigido em torno das pessoas com sofrimento psíquico e dentro dos muros dos manicômios.

---

[1] Usaremos os termos manicômio e hospital psiquiátrico tradicional como sinônimos. Embora nos perguntemos se é possível, de fato, a existência de um hospital psiquiátrico que não seja tradicional, e daí a evidente tautologia da expressão e, aqui, o uso corrente também, de apenas, hospital psiquiátrico. Claro que, ao nos referirmos a estes termos, frisamos principalmente o modo das relações interpessoais que, no manicômio além da estrutura física da instituição, pode abranger outros espaços.

Os meandros da história da loucura no mundo ocidental foram decantados, primordialmente, por Michel Foucault[2], mas além deste autor, foram muitas as incursões no saber/prática da psiquiatria, desde sua gênese, passando pelas reformas ou psiquiatria reformada[3] até a atualidade.

O *Elogio da Loucura* de Erasmo de Roterdam[4] (ROTTERDAM, 2002), que veio antes de tudo isso, onde a loucura "canta seus próprios louvores com grande gosto (...). Abrange ela todos os setores da vida humana e todas as classes e profissões" (RUSSELL, 1982), abrange ela, satírica e seriamente, todo o tempo da sociedade ocidental seiscentista. Para nós, a referência ao *Elogio* vem lembrar em que se instituiu, historicamente, o próprio esgar da loucura encarcerada, simultaneamente, *satírica e séria*, objeto por excelência de exclusão, porém,

---

[2] FOUCAULT, Michel. *História da Loucura na Idade Clássica.* 3 ed. São Paulo: Perspectiva, 1993. Para Le Goff (2003) Michel Foucault é "um dos maiores historiadores novos. Historiador da loucura, da clínica, do mundo do cárcere, da sexualidade, introduziu alguns dos novos objetos 'provocadores' da história e pôs em evidência uma das grandes viragens da história ocidental, entre o fim da Idade Média e o século XIX: a segregação dos desviados", além de sua contribuição acerca da noção de documento/monumento em a *Arqueologia do saber* (FOUCAULT, 1997).

[3] Notadamente, as reformas do após Segunda Guerra Mundial: a Comunidade Terapêutica inglesa, a Psicoterapia Institucional e a Psiquiatria de Setor francesas, a Psiquiatria Preventiva norte-americana, a Antipsiquiatria inglesa e a Psiquiatria Democrática italiana (Confira dentre outros: Barros, 1994; Amarante, 1998; Desviat, 1999).

[4] Convém destacar que Erasmo de Roterdam viveu no período de 1466-1536 e seus escritos são catalogados no que ficou conhecido como a Renascença nórdica, mais associada à virtude pública, ocorreu mais tarde do que a Renascença italiana e em muitos aspectos se difere desta. Em Erasmo, a loucura fora utilizada como metáfora para "ironizar os poderes instituídos" da sociedade ocidental seiscentista, portanto, trata-se mais de um escrito filosófico-literário, onde o termo loucura não guarda, necessariamente, o significado que lhe foi atribuído posteriormente pela medicina mental ou ciência psiquiátrica. Mas resguarda verossimilhança com o cunho valorativo que atribui à loucura, característica de desarrazoamento, sobre o que Erasmo conclui ser a loucura mais razoável do que as pretensas racionalizações da sociedade e suas autoridades. No título do presente trabalho, trazemos referência ao Elogio de Erasmo, a Instituição Negada de Basaglia e ao Tempo, motivo de investigação de tantos estudiosos. Fazer o elogio da instituição negada, contrapondo-o à experiência dos hospitais psiquiátricos tradicionais, porém, ciente de que não basta um novo nome ou um novo lugar para que se tenha uma psiquiatria diferente da manicomial. Como disse Certeau (2002, p. 71) sobre o discurso histórico, é impossível analisá-lo independentemente do lugar onde ele se organiza ou "sonhar com uma renovação da disciplina, assegurada pela única e exclusiva modificação de seus conceitos, sem que intervenha uma transformação das situações assentadas". Convicção advogada por Franco Basaglia em suas experiências de desinstitucionalização. Assim, nos atemos à busca do tempo negado no poder instituído do manicômio, claramente revelado pela ausência de conectores temporais convencionais, intencionando, também, as relações tecidas visando à contratualidade do paciente de longa institucionalização, considerando-se a evidência histórica de que o manicômio – *lugar zero de trocas* (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001) – inviabiliza esta possibilidade. O que se torna um risco de mimetismo conveniente quando preocupa-se e ocupa-se mais com a estrutura do "novo" ambiente do que com a atenção psicossocial dos seus usuários, a qualificação dos trabalhadores e a participação, conscientização e adesão da sociedade... ou, a *transformação das situações assentadas.* Poucas coisas podem ser incondicionais, e um tal elogio não é uma delas.

depositária de grande estímulo e interesse para o intento de domínio da ciência. Mas a aventura dos hospícios, manicômios, hospitais de doenças nervosas, hospitais de psicopatas ou hospitais psiquiátricos deixou seqüelas enquanto mais limpava as cidades do que tratava de seus pacientes.

O *elogio*, aqui, também intenciona abranger um poder instituído, o lugar da "cura" da loucura – o hospital psiquiátrico – mais pela possibilidade da sua negação/desconstrução como merecedora e dispensária da atenção do que pelo que já sabemos tratar-se de um lugar que não correspondeu à expectativa de sua criação. Se todo o sentido que compunha e ainda compõe a palavra *loucura* foi mote para a crítica dos poderes instituídos da sociedade do século XVI, poderá o século XXI, com recente herança de movimentos de desinstitucionalização da polêmica pós-modernidade da segunda metade do século XX, engendrar a restituição de sentido do tempo intra e extramuro, para os pacientes/moradores daqueles hospitais que o negaram? A possível iminência do e*logio* aumenta o nosso interesse pelas formas de sustentação sobre o tempo, por certo, predominantemente pouco convencionais, que sobreviveram neste interlúdio e que por isso deve dizer muito para o lidar com tais pacientes/moradores/usuários em vias de reinserção social através de serviços abertos de saúde mental.

Portanto, a questão do tempo, para o paciente psiquiátrico, salta aos nossos olhos, talvez pela abundância de pistas/indícios, talvez pela ausência de constatação e também pela nossa inserção em uma sociedade eminentemente temporal no aspecto convencional/cronológico, ou ainda, por tudo isso, seus registros e lacunas.

Tal questão articula dois componentes da história da psiquiatria/saúde mental[5]: o paciente e o manicômio. Podendo ser sintetizada da seguinte forma: quais os subterfúgios usados

[5] Embora tenhamos conhecimento da distinção entre as denominações Psiquiatria e Saúde Mental e seus termos correlatos paciente e usuário, mas considerando o espaço do manicômio como *locus* deste estudo, empregaremos, em geral, os termos psiquiatria e paciente.

pelo paciente psiquiátrico, classificado como indigente[6], com história de longa internação, para apreender/registrar o tempo?

Denominamos de longa internação, pacientes com história de mais de vinte anos de internação em manicômio, tempo suficiente para que do tempo convencional – cronológico – reste pouco vestígio. Pois, embora estejamos vivenciando um processo de substituição dos manicômios, ainda há na sociedade brasileira, em todos os Estados do país, lugares destinados à internação com pacientes com história de longa estadia manicomial, tendo o manicômio marcado presença secular em muitas localidades do Brasil[7]. A negação do tempo convencional para os pacientes psiquiátricos indigentes nessas instituições é um fato registrado nos relatos científicos e literários da área, comprovado pela ausência de símbolos como calendários e relógios nas enfermarias e pavilhões dos grandes hospitais psiquiátricos públicos que, em vias de desinstitucionalização, hoje ostentam tais símbolos que pouco ou nada podem servir de referência para seus moradores. Essas foram as pistas e os indícios a que nos referimos. Assim como a guarda dos eventuais relógios de pulso e espelhos, e a ambientação escura e úmida dos aposentos manicomiais.

Assim, justificamos este estudo pela busca das estruturas de sustentação deste "tempo morto" (MOFFATT, 1984), porém, vivenciado no manicômio pelos seus moradores,

---

[6] Jean-Claude Schmitt refere-se ao emprego do termo *indigente*, por volta de 1500 em Paris, para designar os "inúteis para o mundo", equiparados aos chamados marginais: "Para a sociedade dominante, os marginais se definem negativamente: não têm 'domicílio fixo', 'moram em qualquer lugar', 'gente sem senhor', 'inúteis ao mundo'", confira SCHMITT. J-C. A História dos Marginais. In: LE GOFF, J.; CHARTIER, R.; REVEL, J. (dir.) *A História Nova*. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. Essa designação assumiu identificação com a divisão de classes sociais e conseqüente esquadrinhamento em úteis e inúteis à organização social predominante, sendo os indigentes considerados inúteis.

[7] Até 1905 tinham sido construídos pelo menos 27 locais para internamento de doentes mentais em vários Estados do território nacional (RESENDE, 1994). Muitos dos quais ainda mantêm, reformados ou "rebatizados", as suas funções tradicionais. Conforme Lancman (1991, p. 167), "os quase 150 anos de criação dos asilos deixaram como rastro um número enorme de pacientes crônicos. (...) O modelo manicomial proposto não modificou a realidade do século passado [XIX] e ainda deixou uma massa de pacientes internados por tempo indeterminado. Além disso, essa prática legitimou junto com a disciplinarização a violência e a arbitrariedade contra aqueles que caem no circuito psiquiátrico".

sugerido na literatura relacionada e investigado na presente pesquisa realizada em um hospital psiquiátrico público do interior paulista.

1.2 OBJETIVOS

GERAL:

- Verificar as estruturas de sustentação temporal cronológica de pacientes psiquiátricos indigentes institucionalizados, com história de mais de vinte anos de internação, que não dispunham de calendários e/ou relógios.

ESPECÍFICOS:

- Relacionar tais estruturas às práticas e aos agentes da cultura manicomial.
- Relacionar a negação do tempo no hospital psiquiátrico tradicional à possibilidade de acesso e potencialização da contratualidade da pessoa com história de institucionalização psiquiátrica, ventilada pelos serviços substitutivos de atenção em saúde mental: a instituição negada/inventada.

2 METODOLOGIA:

arcabouço teórico e procedimentos da pesquisa

2 METODOLOGIA: ARCABOUÇO TEÓRICO E PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

> Quanto nos falta ainda compreender dos inúmeros artifícios dos "obscuros heróis" do efêmero, andarilhos da cidade, moradores dos bairros, leitores e sonhadores, pessoas obscuras das cozinhas.
>
> Michel de Certeau

Optamos por realizar uma pesquisa de abordagem qualitativa por acreditarmos que a realidade contém e está contida em observações carregadas de impressões subjetivas, também na área da saúde. O que, por sua vez, exige instrumentos de pesquisa que possibilitem uma interpretação que passe por, mas não se restrinja ao quantitativamente observável.

Considerando o campo da saúde como inserido nas demais instâncias da realidade social e assim também submetido aos aspectos socioeconômicos, políticos, ideológicos e simbólicos da problemática social ampla, a especificidade saúde e doença extrapola a concepção biomédica, relaciona-se ao âmbito maior das ciências sociais e se expressa através dos discursos e práticas sobre o processo saúde-doença e os serviços de assistência (MINAYO, 1996).

A compreensão desta relação é articulada pelo debate do qualitativo no campo da saúde e dentre outras abordagens, tem-se a fenomenologia que nos interessa no que concerne ao desvelamento do caráter reprodutor das instituições médicas e a proposição da participação comunitária (MINAYO, 1996). Perpassar as políticas de assistência em saúde mental, institucionalização e desinstitucionalização, do ponto de vista de sujeitos concretos inseridos nesta realidade, parece-nos pertinente a um desvelamento institucional. Ainda no que se refere à

questão do tempo enfocada na presente pesquisa, é ampla a contribuição fenomenológica em relação ao tempo vivido.

Os métodos da história, particularmente de uma "nova escrita da história", trazem também grande contribuição para a investigação sobre o tempo, a memória e o esquecimento inseridos na realidade social, centrados em uma avaliação qualitativa porque voltada para a consideração da experiência de sujeitos concretos, mediante a consideração de seus relatos. Somamos a valorização do relato de pessoas comuns – portanto, de suas compreensões/percepções – à influência marcante da sociologia e da psicologia contida nas contribuições da História Nova, compreendendo o delineamento da presente pesquisa, no que Triviños (1992) distinguiu como dentro dos enfoques subjetivistas-compreensivistas[8].

Assim trazemos o arcabouço teórico (item 2.1) que subsidiou a construção dos pressupostos e a análise e interpretação dos resultados deste trabalho. Trata-se de contribuições da Nova História francesa às quais recorremos como subsídio e orientação para a investigação da pesquisa, aliadas às contribuições da fenomenologia sobre o tempo vivido.

Destacamos, ainda, as técnicas ou instrumentos de pesquisa (item 2.2) que foram empregadas para a coleta dos dados acerca da questão norteadora: "Como você registra o tempo aqui no Hospital?" e suas correlatas "Há quanto tempo você está no Hospital?" e "Como você passa o dia no Hospital?". Empregamos a história oral e consultamos também os prontuários da

[8] Estes enfoques têm suporte nas idéias de filósofos e sociólogos voltados para o campo da fenomenologia e privilegiam os aspectos subjetivos dos atores, tais como, percepções, processos de conscientização, de compreensão do contexto cultural, de relevância dos fenômenos pelos significados que eles têm para o sujeito, o ator (TRIVIÑOS, 1992). Mesmo tendo conhecimento da crítica do "esquecimento do histórico" nas tendências "voluntaristas" e "subjetivistas/compreensivistas" destacamos interesse pela interpretação de tempo íntimo no dizer de Bergson, tempo subjetivo de acordo com Norbert Elias e/ou tempo vivido descrito por autores como Husserl, Heidegger, Sartre, Merleau-Ponty, Jaspers, Paul Ricoeur, concordamos com Triviños (1992) quando esclarece que há estudos que trabalham com elementos da fenomenologia articulados a problematização dos conflitos sociais e mudanças fundamentais (então explorados pelo método histórico dialético). Perspectiva esta, empregada pelas abordagens, problemas e métodos propostos por estudiosos da Nova História.

instituição acerca dos pacientes entrevistados. Os sujeitos da pesquisa foram delimitados através de critérios de inclusão. Submetemos o projeto da presente pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e ao Comitê de Ética Médica do Hospital Santa Teresa de Ribeirão Preto. Aos sujeitos da pesquisa dispomos os objetivos intencionados e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a participação na pesquisa.

2.1 ARCABOUÇO TEÓRICO

Um mesmo motivo reforçou a escolha das contribuições da escrita da História Nova francesa e da fenomenologia para a investigação deste estudo.

Trata-se da questão norteadora sobre o tempo no hospital psiquiátrico que, por sua vez, subsidia os objetivos aqui levantados de investigarmos e tecermos considerações sobre as estruturas de sustentação temporal de pacientes psiquiátricos indigentes com história de mais de vinte anos de internação em manicômio, assim como, relacionarmos tais estruturas às práticas e aos agentes da cultura manicomial e relacionarmos a negação do tempo no hospital psiquiátrico tradicional à possibilidade de acesso ventilada pela transformação dos serviços de atenção em saúde mental (a Instituição Negada/Inventada). Que caminhos metodológicos possibilitariam tal investigação? Muitos. Porém, acreditamos que a busca pelos depoimentos dos próprios pacientes institucionalizados, à luz da reflexão a partir de suas falas, nos aproxima de significados contidos que podem vir a ampliar o êxito dos serviços substitutivos para uma transformação da tragédia coletiva da exclusão psicossocial de pessoas com sofrimento psíquico.

Ora, o tempo é, por excelência, substância do vivido e objeto da história, e a história da loucura, por sua vez, é exímio recanto da *história dos marginais*[9], campo visitado por uma nova escrita da história em contraponto à história "dos grandes fatos e personagens".

Imediatamente tal questão exige o olhar de uma história problematizada, a partir de lugares negligenciados pela escrita da história oficial. Tais lugares vêm à tona de maneira multifacetada com as novas possibilidades de investigação trazidas pela História Nova que veicula a legitimação de *novos problemas, novas abordagens e novos objetos*[10] para o estudo das sociedades.

Le Goff (1998) destaca que é importante distinguir a que se presta uma tal denominação de "História Nova", para que não se entenda um desprezo da "velha" história[11]. Trata-se da renovação da história no século XX, através da ampliação da noção de documento e da instauração da idéia de história como problema, perspectiva germinada pelos *Annales*, mas que não se reduz a uma revista, a um grupo ou a um país.

---

[9] Dentre as muitas perspectivas abertas pela Nova História, inclui-se a História dos marginais, confira: Schmitt, J-C. A História dos marginais. In: Le Goff, J. *A História Nova*. São Paulo: Martins Fontes, 1998. p. 261-290.

[10] Síntese de uma obra de base da História Nova, de autoria de Jacques Le Goff e Pierre Nora, 4 ed. Francisco Alves, 1995, intitulada *História: novos problemas; novas abordagens; novos objetos*, respectivamente, primeira, segunda e terceira parte divididas em três volumes.

[11] Em prefácio à quarta edição d'*A História Nova*, Le Goff (1998, p. 6) ressalta que "os combates pela história" prosseguem, se para muitos, a simples expressão "nova história" seria desdenhosa (triunfalista, auto-suficiente, intolerante e agressiva, no dizer dos críticos), é indiscutível que há uma renovação, e *desabafa*: "Se é preciso chamar de novo o que é novo, o que posso fazer? De minha parte, não tenho o menor desprezo pelo que não o seria, mas que representaria, por outros caminhos, de outras formas, uma boa contribuição para a história. Conheço inclusive grandes historiadores que não são absolutamente novos. Muitas vezes, ouvi Fernand Braudel, que no entanto insistia na existência de uma história nova, dizer que, no fundo, só havia uma história válida, a 'correta' ".

Porém, para situarmos o que veio a denominar-se História Nova convém remontar aos seus reconhecidos precursores: Marc Bloch e Lucien Febvre[12], estes, por sua vez, se referem a outros estudiosos e a outros saberes[13] por adição e às vezes por contraposição, ao que foram suas influências no pensar, fazer e escrever história.

Marc Bloch e Lucien Febvre foram co-fundadores da revista *Annales*, em 1929, então intitulada *Annales d'histoire économique et sociale*, depois *Annales: économie-société-civilisation* em 1946 e desde 1993, *Annales: Histoire et sciences sociales* (TÉTART, 2000).

A "viragem" na escrita da história fundada por estes historiadores destaca-se, principalmente, no que se refere à noção de testemunhos e documentos historiográficos, em oposição à história "positivista" ou metódica[14] que delimitava como documentos apenas a leitura

---

[12] Marc Bloch (1886-1944): historiador medievalista; Lucien Febvre (1878-1956): historiador modernista. Sua obra recorre principalmente à psicologia e à sociologia durkheimiana, dupla inspiração que marca diferentemente os dois diretores dos *Annales*. A psicologia é a grande inspiradora de Febvre, enquanto Bloch, fundamenta-se mais na antropologia histórica, mas ambos compartilham o interesse por uma história das mentalidades refletida a partir de novas fontes e novos objetos. Dosse (2004) destaca que a reorientação do olhar das estruturas econômicas e sociais ao campo mental busca uma perspectiva mais ampla do que o conceito de ideologia, pois tomaria não apenas as representações conscientes, mas também as inconscientes formuladas por instituições e indivíduos, esse "itinerário" historiográfico foi chamado por Michel Vovelle (1987) "do porão ao sótão".

[13] Dentre outros, Émile Durkheim, Maurice Halbwachs, François Simiand (Bloch); Michelet, Stendhal, Henri Pirenne (Febvre). Porém, Bloch (2001) enfatiza que é necessário o diálogo, mas não a perda de limites entre os saberes. Carlos Guilherme Mota em introdução ao livro *Febvre: história* destaca: "Assim Febvre vai operando. Começa propondo alianças. Mas *não* as reduz a meros *somatórios* do conhecimento" (MATOS, 1978, p. 18. Grifo do autor). Lê Goff (2001, p. 22) reitera que o legado dos *Annales* enfatiza a interdisciplinaridade: "Dialogar, renovar a história, sim, em particular pelo contato com outras ciências humanas e sociais, nelas imergir, não".

[14] Definida por Peter Burke (1997) como a *revolução francesa da historiografia*, os *Annales* constituem desde sua criação, um órgão de combate, voltando sua principal crítica para a historiografia chamada positivista. Silva e Silva (2005, p. 190) destacam que em termos de historiografia "o que se convencionou chamar de positivismo é, na realidade, a escola metódica, influenciada pelo pensamento do filósofo alemão Leopold von Ranke, que supervalorizava o documento e defendia a objetividade na História. A escola metódica teve seu auge no final do século XIX, defendida sobretudo pelos historiadores franceses Langlois e Seignobos que pregavam uma História narrativa, política, com forte caráter nacionalista. O positivismo propriamente dito, por outro lado, buscava estudar a História a partir do estabelecimento de leis que regulassem o desenvolvimento humano, seguindo assim a proposta de Comte para a elaboração de leis nas ciências sociais". Lucien Febvre refere-se à História historicizante, no dizer de Henri Berr e regozija-se com a síntese de Berr que diz que "Há uma forma de história que, bastando-se a si mesma, pretende além disso bastar ao conhecimento histórico" (FEBVRE, 1989, p. 117-8). Sobre a escrita da história de Seignobos e Langlois Febvre diz: "uma concepção que eu repudio com todo o meu ser e que de bom grado consideraria responsável, em parte, por esta espécie de descrédito, ao mesmo tempo injusto e justificado, com que a história é, muitas vezes, vista pelos 'leigos' " (FEBVRE, 1989, p. 92). Porém Certeau (2002, p. 71) adverte-nos quanto aos interesses nacionais "de uma historiografia voltada para as querelas internas: (luta-se contra Seignobos ou a favor de Febvre), circunscrita pelo chauvinismo lingüístico da cultura francesa (...)".

do centro, ou seja, os escritos dos fatos que envolviam grandes representantes (eminentes líderes religiosos e/ou políticos) de uma sociedade.

A história é movimento, espessura, abundância, os *Annales* "pretendem descer ao porão da história recusando o elitismo dos assuntos e a prioridade do acontecimento" para um "melhor conhecimento recíproco do passado e do presente, ou seja, do 'vivo'", tudo é objeto de história e *problema* (TÉTART, 2000, p. 109-10).

Lucien Febvre em seus *Combates pela História* diz: "A história que nos ensinavam (...), que nos mostravam, não era, na verdade, senão uma deificação do presente com a ajuda do passado. Mas ela recusava-se a vê-lo – e a dizê-lo" (FEBVRE, 1989, p. 20).

Em defesa da ampliação dos testemunhos da história, Marc Bloch diz-nos que "é quase infinita a diversidade dos testemunhos históricos. Tudo quanto o homem diz ou escreve, tudo quanto fabrica, tudo em que toca, pode e deve informar a seu respeito"[15] (BLOCH, 1997, p.114).

> Como primeira característica, o conhecimento de todos os fatos humanos no passado, da maior parte deles no presente, deve ser, [segundo a feliz expressão de François Simiand,] um conhecimento através de vestígios. Quer se trate das ossadas emparedadas nas muralhas da Síria, de uma palavra cuja forma ou emprego revele um costume, de um relato escrito pela testemunha de uma cena antiga [ou recente], o que entendemos efetivamente por documentos senão um "vestígio", quer dizer a marca, perceptível aos sentidos, deixada por um fenômeno em si mesmo impossível de captar? (BLOCH, 2001, p. 73. Grifo do autor).

[15] Na década de 1930 o psiquiatra brasileiro Ulysses Pernambucano, com relação à observação do paciente, dizia que "Tudo é documento: uma carta, um desenho, um diário, da mesma forma que o seu exame. Até uma abóbora que o doente lhe ofereceu. Documentos a serem colocados na observação, que é o documento clínico por excelência. Há que erigir uma montanha de documentos para daí se extrair uma verdade científica" (CERQUEIRA, 1984a, p. 15).

Para Schwarcz (2001, p. 8), a ênfase de que *documentos são vestígios* delimita a postura crítica de Marc Bloch em contraposição à concepção de que os documentos eram fontes por si só verdadeiras e com isso confronta-se "à versão da época, que definia o passado como um dado rígido, que ninguém altera ou modifica".

Lucien Febvre em comunhão com o pensamento de Marc Bloch, destaca:

> Os textos, sem dúvida: mas *todos os textos.* E não só os documentos de arquivos em cujo favor se cria um privilégio – o privilégio de daí tirar (...) um nome, um lugar, uma data; uma data, um nome, um lugar – todo o saber positivo (...). Mas, também, um poema, um quadro, um drama: documentos para nós, testemunhos de uma história viva e humana, saturados de pensamento e de acção em potência... (...). A história que se edifica, sem exclusão, com tudo o que o engenho dos homens pode inventar e combinar para suprir o silêncio dos textos, os estragos do esquecimento... (FEBVRE, 1989, p. 24. Grifo do autor).

Burke (1997) sintetiza as diretrizes dos *Annales* através dos seguintes pontos:

> Em primeiro lugar, a substituição da tradicional narrativa de acontecimentos por uma história-problema. Em segundo lugar, a história de todas as atividades humanas e não apenas história política. Em terceiro lugar, visando completar os dois primeiros objetivos, a colaboração com outras disciplinas, tais como a geografia, a sociologia, a psicologia, a economia, a lingüística, a antropologia social, e tantas outras (p. 12).

A ampliação das fontes, a recusa da supremacia do acontecimento e a afirmação de que não há separação estanque entre o passado e o presente constituem uma herança fundamental dos *Annales* que alimenta a Nova História dos anos 1960/1970, também com influência da geração marxista de 1930-1960 e de um campo ampliado das ciências sociais (TÉTART, 2000).

Schwarcz (2001) relata que Bloch e Febvre, ao fundarem a revista dos *Annales*, iniciam um movimento de renovação na historiografia francesa – segundo Burke (1997), uma

revolução que transformou a escrita da História no Ocidente – que está na base do que hoje chamamos de *Nova História*[16].

Certeau (2002), colaborador crítico da História Nova, destaca que "os bons tempos" da história "objetiva" e sua pretensão de "verdade" traduzida em "fatos" históricos "estão definitivamente acabados", porém adverte-nos que é impossível analisarmos o discurso histórico independente do *lugar* onde se organiza ou sonhar com uma renovação assegurada apenas pela modificação de conceitos, sem que aconteça uma transformação das "situações assentadas". Portanto é uma mudança da sociedade que permite a configuração de um passado e, a partir de tal distanciamento, concepções antes silenciadas. "Uma situação social muda tanto o modo de trabalho quanto o tipo de discurso. Isso é um 'bem' ou um 'mal'? Antes de mais nada é um fato que se denuncia em todas as partes, mesmo onde se cala" (CERTEAU, 1995, p. 24-5).

Este autor renova a influência de Lucien Febvre e Bloch. Quanto a Febvre ele diz: "Nem por ser tão genial e nova sua história está menos *marcada*, socialmente, do que aquelas que rejeita, mas se ele pode superá-las é porque elas correspondem a situações *passadas*, porque um outro 'hábito' lhe foi imposto, de confecção, pelo lugar que ocupa nos conflitos do seu presente" (CERTEAU, 2002, p. 76. Grifo do autor). E se Marc Bloch referia-se ao "vestígio" em

[16] É importante assinalar que se foram muitas as influências dos fundadores dos *Annales* para a Nova História, não são menos os seus herdeiros, discípulos e influenciados – confira Burke (1997) que dividiu a atuação da Revista de 1929 a 1989 em três gerações com suas respectivas mudanças e principais representantes. Também são eloqüentes os dissidentes, donde convém destacar que não se trata necessariamente de uma "escola" em termos clássicos, mas muito mais uma abordagem que impulsionou novas perspectivas de fazer e escrever história cujo interesse comum encontra-se em tentativas de investigação e preenchimento das lacunas da história tradicional. Esse intuito geralmente empreendido através da defesa da ampliação dos testemunhos e documentos historiográficos é o liame que sobrevive e encoraja inovações a partir da Nova História para os "de dentro" e para os "de fora" deste movimento como "escola" historiográfica. Para uma visão panorâmica sobre História Nova, suas fronteiras e desafios, confira também Le Goff, J; Chartier, R.; Revel, J. *A História Nova.* 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. Burke, P. (Org.). *A Escrita da História: novas perspectivas*. São Paulo: Ed. UNESP, 1992. Dosse, F. *A História em Migalhas: dos "annales" à "nova história"*. São Paulo: Ensaio; Campinas, SP: Ed. Da Universidade Estadual de Campinas, 1992.

contraposição à "tradição", Certeau retoma Foucault da *Arqueologia do Saber* para destacar que o problema agora é "do recorte e do limite".

Apesar de reconhecida a influência renovadora, a virada capital, o "choque cultural, intelectual, institucional", gerado pelos *Annales* e continuado pela Nova História, nos anos de 1980, surgem questionamentos sobre o "novo messianismo decorrido do poder dos *Annales*" e os "excessos" da escola nova que "condena ao ostracismo grande parte da história contemporânea, do político, do factual", bloqueando como bloqueava a escola metódica, caminhos fecundos que também estão no centro da história (TÉTART, 2000, p. 113).

> Imitando os traços do messianismo intelectual de esquerda, seu procedimento aparece – não sem um certo triunfalismo – como um profetismo científico e intelectual que acentua a tendência dos "Annales" a excluir o que não se parece com ele (história política, história contemporânea). De resto, é preciso distinguir entre os caprichos da "Nova História", que goza de sua "hegemonia de reputação" (Furet), e sua contribuição ao aprofundamento do método histórico (TÉTART, 2000, p. 120).

Contudo, já em 1974, Pierre Nora, herdeiro intelectual dos *Annales* e continuador da História Nova, abre uma brecha com o texto *O retorno do acontecimento* e, em 1993, depois de "saudar e participar do esfacelamento da história"[17], publica *Os lugares da memória* "que pode ser percebido como uma retomada de sentido, um sentido que vem depois da desconstrução e que reinsere a perspectiva de apropriação em uma dimensão pluralizada" (DOSSE, 2004, p. 25) da escrita da história do passado, mas também da história do presente.

No presente estudo, interessa-nos, particularmente, a efervescência das discussões da História Nova com suas fronteiras, o aprofundamento do método histórico no que concerne à

[17] O esfacelamento da história ou a história em migalhas constitui o mote simultâneo de elogio e crítica de François Dosse à História Nova: "não mais a história, mas sim as histórias" (Confira: Dosse, 1992; 2004). Para Le Goff (2003), trata-se do reconhecimento de "realidades" históricas negligenciadas por muito tempo e reconstituídas através de formas diversas, tais como, história das ideologias, história das mentalidades, história do imaginário, história do simbólico, enfim, até a história da história ou historiografia, devendo ser toda história uma história social.

história da margem – da compreensão “dos inúmeros artifícios ‘dos obscuros heróis’ do efêmero” (CERTEAU; GIARD; MAYOL, 2002) – que remete-nos a mais um dos curiosos paradoxos do manicômio: a experiência do tempo dos seus obscuros heróis – muitos deles ex-andarilhos da cidade – é eterna em seu “tempo morto” e recomeça diariamente contra a perda da identidade.

A concepção da história como prática social e a operação historiográfica definidas por Michel de Certeau[18], a partir de 1975, e a relação passado-presente como trabalho para a construção de um *túmulo para o morto* nos emprestam a ponte que julgamos necessária para a investigação do tempo dos pacientes psiquiátricos institucionalizados e sua relação com os serviços abertos.

Para Certeau (2002), encarar a história como uma operação consiste em relacionar três dimensões: um lugar do qual se fala, se organiza o discurso; procedimentos de análise, a partir dos quais se verte uma prática e; uma escrita, a produção de um texto. O lugar condiciona os métodos e delineia a organização da escrita, a negação do lugar “proíbe a história de ser história”. A escrita, por sua vez, só será legítima se articulada a um lugar social. Ao termo, ter-se-á um produto marcado pelo lugar social a partir do qual se organiza, uma técnica que sustenta, portanto, uma prática científica e uma escrita determinada. Sendo o relato historiográfico pertencente ao gênero *tombeau*, ou seja, a escrita vinculada a um lugar vem por princípio e por extensão honrar o passado e liberar o presente, não sem uma condição fundamental para que seja legítima, a de um “dever-fazer”, ou seja, um trabalho que visa a criar no presente um novo empreendimento para preencher o vazio deixado pelo passado. O trabalho da escrita

[18] É rica a produção de Michel de Certeau (1925-1986) em muitos campos, destacadamente, o histórico, o social e o mental. Conforme Dosse (2004, p. 52) Certeau “Foi em primeiro lugar historiador, também jesuíta, semiólogo, antropólogo, filósofo, co-fundador da escola freudiana de Paris, participante de 68, sociólogo do cotidiano, conselheiro da política cultural, e desempenhou um papel importante na renovação dos estudos do religioso. (...) Certeau efetuou plenamente a travessia estruturalista”.

historiográfica seria, então, construir um "túmulo para o morto" ser a um tempo honrado e eliminado, para que o presente se faça socialmente justo e inovador.

Dosse (2004) refere-se à expressão "túmulo para o morto"[19] de Certeau acerca da escrita histórica, como a recolocação do passado em seu lugar, ao passo que garante *um lugar no mundo do presente dos vivos* instaura uma ruptura para que os vivos do presente se inscrevam. Na esteira desta prática, emerge a exploração de novos regimes de historicidade que valorizam a pluralidade das relações individuais e coletivas com o tempo, vitalizando uma concepção complexa, um tempo "folheado".

> Essa noção pode ser uma entrada para mostrar os limites da dupla aporética do pensamento puramente especulativo sobre o tempo. De fato, é conveniente pensar juntos dois pólos situados em extremidades opostas: o de um tempo universal, cosmopolita, e o de um tempo íntimo, psicológico, singularizador. A única maneira de escapar a essa aporia levando em conta esses dois aspectos indispensáveis é compreender muito bem que o historiador precisa de conectores específicos para pensar um terceiro tempo, o tempo contado que, por seu desenrolar narrativo, é o único capaz de juntar os dois extremos, humanizando o tempo cosmológico e cosmologizando o tempo íntimo. (...) Levar a sério os atores e suas relações com o tempo leva a revalorizar a curta duração, o acontecimento, a ação situada, sem abandonar o objetivo de conceber a "passagem do tempo curto das situações concretas ao tempo longo das convenções sociais" e a desqualificar qualquer ponto de vista exterior sobre o tempo. Levar em conta a relação dos atores com o tempo conduz assim a pôr a carga temporal da história *nos* presentes, os de hoje e os de ontem, que o historiador deve restituir. (...) O tempo psíquico funciona portanto como um palimpsesto de temporalidades diversificadas e remete assim àquilo que, no plano filosófico e histórico, podemos qualificar de "tempo folheado". (...) A noção de pluralidade de regimes de historicidade será portanto interrogada à luz das próprias práticas históricas de ontem e de hoje (DOSSE, 2004, p. 57-61. Grifo do autor).

A *relação com o outro* ora valorizada pelo limite, pelo recorte (CERTEAU, 2002), e a noção de vestígio não menos importante, faz da *história da loucura* um objeto de investigação

---

[19] O *túmulo para o morto* garante o que Freud qualificou de *trabalho de luto*, "absolutamente indispensável para reabrir o presente a novas possibilidades" (DOSSE, 2004, p. 99). Tal acepção nos faz pensar na atualidade da assistência psiquiátrica pois falamos no manicômio e suas práticas em termos de "passado", e legislativamente é de fato "coisa do passado", porém, não nos sentimos confortáveis em muitos ditos "lugares do presente", o que nos faz considerar que ainda estamos em um momento de transição! Assusta saber que em termos de convalescença o hospício é experto.

e acrescentamos particularmente, na atualidade, a história dos hábitos do que “foi” o lugar da loucura, ou seja, o manicômio, por ser no presente um “lugar do passado” cujo “túmulo” não foi construído em sua desconstrução como comemoram as experiências bem-sucedidas de desinstitucionalização, mas, com estas experiências, pretendemos alargar a contribuição para a edificação do “túmulo” do passado da assistência psiquiátrica, menos por fazer honrar sua existência justificada pelo intento cientificista e muito mais pela liberação dos serviços e das pessoas do presente das relações viciadas de coisificação do outro (o diferente, o “desviado”) pelo recorte. Concordamos com Certeau (2002) que tal liberação se dá primordialmente pela transformação das situações assentadas, mudando-se o presente, tendo-se conhecimento do lugar do passado.

Conforme Certeau (2002), “a mutação dos ‘preconceitos’ em objeto de estudo” favorece o conhecimento, embora, *deslocado* de um período que se tornou passado e assim as renovações da história.

> Em função de uma *outra* situação, desde então nos é possível examinar como “preconceitos”, ou simplesmente como os dados de um tempo, o modo de compreensão de nossos predecessores, de revelar suas relações com outros elementos da mesma época, e de inscrever sua historiografia na história que constitui o objeto de nossa própria historiografia. (...) A pesquisa não se põe mais, apenas, em busca das compreensões que tiveram êxito. Retorna aos objetos que não compreende mais. Procura medir aquilo que perde, fortalecendo suas exigências e seus métodos. A *História da Loucura* criou o signo desse momento em que uma cientificidade ampliada se confronta com as zonas que abandona como seu resíduo ou reverso ininteligível. A ciência histórica vê crescer, com seu progresso, as regiões silenciosas do que não atinge (CERTEAU, 2002, p. 44-5; 50. Grifo do autor).

A utilização da terminologia de Michel de Certeau aqui vem como substrato para um saber que não pode ser concebido de outra forma, a não ser pelo entendimento de um relato histórico, o hospital psiquiátrico e suas relações manicomiais pertencem a um lugar, constituem uma prática e imprescindem de uma escrita historicamente determinada.

Ao estudar os artifícios, estruturas de sustentação, do tempo sem os conectores convencionais dos pacientes institucionalizados no hospital psiquiátrico tradicional, ao passo que vivenciamos a sua pretensa desconstrução[20], supomos que o manicômio impôs a morte social aos seus moradores, mas, através das relações manicomiais, esta instituição ainda vive e se estende, em poucas localidades em estado moribundo, porém, atuante na grande extensão geográfica do país. O lema de 1987[21] anunciava a morte do manicômio, mas o futuro "deste passado" precisa para sua legitimidade do "morto sepultado". Acreditamos que isso se dá não só pela substituição física dos serviços, mas também e simultaneamente, pela qualificação dos trabalhadores e pelo controle social.

Propor um elogio à instituição negada consiste em reconhecer e valorizar a virada ética da assistência, porém tal elogio não se sustenta sem a edificação do "túmulo", o fato de se perceber uma realidade como passada. Se hoje não é possível comungar intenções e realidade, é porque não há "um morto". Na corrida pela atualização, a instituição mudou o nome, mudou a aparência, mas o substrato ainda ancora-se em uma prática do passado, logo é possível compreender a existência de tantos serviços abertos ocupados em manter calmos e distraídos os seus usuários, o gênero da institucionalização está bem vivo. Como política oficial, a desconstrução do manicômio caminha a passos largos e o fator investimento mobiliza sua expansão numérica. Porém, a atenção, o acolhimento, o cuidado proposto superam o legado autoritário e custodial das velhas formas? Se isto não se aplica à realidade presente e uma vistoria dos serviços revela que não, então não há necessariamente um presente diferente, uma

---

[20] Referimo-nos aos serviços *maquiados*, as desconstruções de fachada, os simulacros, arremedos de "abertura", produto datado e movido a muita fantasia, que visa atender a um padrão de financiamento. Há experiências de substituição do manicômio que nos faz lembrar do adoçante dietético que usa um nome *engajado* em letras grandes, mas se procurarmos com cuidado o que diz nas minúsculas descrições do rótulo, as expectativas são, no mínimo, frustradas, confira, "Zero-cal: 'marca de fantasia, contém calorias' ". As "calorias manicomiais" de alguns serviços que estampam propostas desinstitucionalizadoras, denunciam sua "marca de fantasia, contém manicômio".

[21] "Por uma sociedade sem manicômios", lema lançado no II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental.

transformação da assistência, há experiências que transformaram o âmbito psiquiátrico, e há muito por transformar, sobre o que acreditamos que só será possível fazendo-se referência constante às desabilidades criadas pelo manicômio, referência problematizada, junto à intervenção na realidade cotidiana da assistência psiquiátrica. É fundamental avaliar o que é a desconstrução do manicômio, que serviços, que trabalhadores compõem a rede de serviços substitutivos, mas tomando-se como referência constante a vivência anterior dos assistidos, percebendo-se o manicômio como passado e o presente como lugar de transformação. Não se reconhece a transformação pelo que se faz, mas antes, pelo que se faz de forma diferente, a prova de que há um presente.

2.2 PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Os procedimentos utilizados na presente pesquisa foram: a história oral temática, a observação livre, fazendo-se anotações de natureza descritiva e reflexiva do campo e a consulta aos prontuários dos sujeitos entrevistados.

Silva e Silva (2005) referem-se à história oral como uma metodologia histórica que trabalha com depoimentos orais, a partir dos quais o pesquisador constrói suas análises. Estes autores destacam que a despeito de seu nascimento como projeto, para o registro da memória de pessoas consideradas importantes (Universidade de Columbia-EUA, em fins da década de 1940), a história oral voltou-se cada vez mais para a recuperação da memória e a experiência de grupos à margem da história escrita, passando a ser um meio de valorização das identidades, por meio da versão do mundo e dos acontecimentos, relatados por esses grupos. Convém destacar as diferenças existentes entre a história oral e o método mais antigo de registro oral. Este último

restringe-se a reproduzir depoimentos em geral com finalidade política, enquanto a história oral atém-se à reflexão teórica e metodológica em torno da construção do conhecimento.

A história oral é construída em torno de pessoas, lança a vida dentro da própria história. Traz *a história para dentro da comunidade e extrai a história de dentro da comunidade*, transforma os "objetos" de estudo em "sujeitos", alargando o campo de ação do registro historiográfico, uma vez que passa a admitir vozes desconhecidas, menos privilegiadas e, paralelamente, propõe o desafio de um novo sentido social da história ao valorizar fontes, evidências históricas eliminadas pela exclusividade da tradição documental que elegera o testemunho escrito como fonte neutra, fidedigna e objetiva de documento histórico (THOMPSON, 1992).

Segundo Freitas (2002), a maior contribuição para a mudança da exclusividade do enfoque documental foi o lançamento da revista *Annales* por Marc Bloch e Lucien Febvre, movimento que impulsionou o debate acerca de evidências históricas e renovou a noção de fontes históricas.

Anteriormente pudemos constatar, embora que brevemente, os *combates* entre a Nova História e a escola metódica, donde ressurge com força a idéia de análise da história por múltiplas fontes, trazendo à luz os relatos do cotidiano e das mentalidades de pessoas comuns, *a história dos esquecidos*.

Portanto, as fontes orais possibilitam tanto o resgate de segmentos marginalizados pela escrita oficial como a racionalidade alijada pelo histórico de uma determinada sociedade, assim contribuindo para a construção de fatos negligenciados pela documentação escrita (GARRIDO, 1993; HAGUETTE, 1999).

> (...) o uso das fontes orais permite não apenas incorporar indivíduos ou coletividades até agora marginalizados ou pouco representados nos documentos arquivísticos mas também facilita o estudo de atos e situações que a racionalidade de um momento histórico concreto impede que apareçam nos documentos escritos. Assim, portanto, as fontes orais possibilitam incorporar não apenas indivíduos à construção do discurso do historiador mas nos permite conhecer e compreender situações insuficientemente estudadas até agora (GARRIDO, 1993, p. 36).

Freitas (2002) destaca que a história oral é técnica e fonte de produção de conhecimento que emprega a entrevista no registro de narrativas da experiência humana. Podendo ser dividida em três gêneros: tradição oral, história de vida e história temática. Aqui utilizamos a história oral temática, onde a entrevista centra-se em um assunto específico que não abrange necessariamente a totalidade da existência do informante. Os depoimentos resultantes podem ser comparados, apontando-se convergências, divergências e evidências de uma memória que pode ser coletiva.

Acerca das críticas por se ater a algo tão pouco confiável como a memória, os estudiosos da história oral dizem que os próprios lapsos ou esquecimentos são importantes para a compreensão dos significados pessoais ou sociais advindos de determinado acontecimento, e todo documento possui uma carga de subjetividade, sendo, principalmente o documento escrito, passível de questionamento quanto a sua confiabilidade. Aceitar que a memória não é confiável é motivo para se entender as causas dos esquecimentos e das modificações dos relatos, podendo revelar traumas, sofrimentos ou desejos velados ou transformados ao serem narrados. Sendo fundamental aprender a detectar o não-dito e registrar as hesitações e silêncios, durante a entrevista, pois narrativas seguras demais podem ser estereotipadas, enquanto os lapsos e incertezas das testemunhas podem garantir o selo da autenticidade (FREITAS, 2002; BOSI, 2003; SILVA e SILVA, 2005).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1) – de acordo com o capítulo 4, da Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde para a pesquisa envolvendo seres

humanos (BRASIL, 1997) – foi informado aos entrevistados. Dispomos os objetivos da pesquisa e a garantia de sigilo, anonimato e exclusividade do material coletado para a referida pesquisa. Assim como a autonomia do sujeito entrevistado de concluir ou desistir da entrevista, a qualquer momento do seu desenvolvimento. Também explicitamos a possível necessidade da transcrição[22] das falas como citação no corpo do trabalho, resguardados o anonimato dos entrevistados. O projeto deste estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (ANEXO 1) e pelo Comitê de Ética Médica do Hospital Santa Teresa de Ribeirão Preto (ANEXO 2).

Empregamos a entrevista semi-estruturada, onde fazemos um intróito acerca dos dados pessoais do entrevistado (sexo, idade e tempo de internação no hospital) e, em seguida, colocamos a questão norteadora da pesquisa: "Como você registra o tempo aqui no Hospital?", podendo ser balizada pelas questões correlatas: "Há quanto tempo você está no Hospital?", "Como você passa o dia no Hospital?" (APÊNDICE 2).

Somada a interação propiciada pela entrevista, realizamos observação livre, efetuando-se anotações de natureza descritiva e reflexiva do campo, uma vez que as entrevistas foram realizadas no próprio hospital psiquiátrico. Os prontuários consultados favoreceram parca informação acerca da temática investigada, servindo apenas para a verificação do tempo de internação dos entrevistados.

Os critérios de inclusão na pesquisa foram: residir por mais de vinte anos no Hospital Santa Teresa de Ribeirão Preto, estar em condições de se comunicar e se dispor a participar da pesquisa. Não discriminamos diagnósticos, pois pacientes de longa internação,

[22] Utilizamos o gravador com apenas quatro dos entrevistados, e mesmo com estes, voltamos a falar sobre a pesquisa, sem gravador. As demais entrevistas foram por nós sinalizadas, isto é, feitas anotações no momento da interação, logo em seguida acrescentávamos a nossa observação de campo e o que percebíamos da linguagem não-verbal dos entrevistados.

geralmente, se encontram com sintomatologia psiquiátrica regredida, a sintomatologia mais presente nestes casos é a da vivência institucional que vem ao encontro dos objetivos aqui propostos. Há mesmo a intenção de colocar "a doença entre parênteses" para maior dedicação ao "duplo da doença mental", que como disse Amarante (1994, p. 65) é o "que não é próprio da condição de estar doente, mas de estar institucionalizado", assim faz-se "denúncia e ruptura epistemológica" com o saber que eleva a classificação nosográfica à condição de verdade absoluta.

Ao tempo do início deste trabalho (2003) havia 208 pacientes "crônicos" internados no Hospital Santa Teresa, dos quais 140 moravam no hospital há mais de vinte anos. Porém, parte destes não possuía condições de comunicação por motivos variados, desde comprometimentos neurológicos até alto grau de isolamento. No desenvolver da pesquisa (2003-2006), pacientes moradores do Hospital foram transferidos para os Serviços Residenciais Terapêuticos vinculados ao Santa Teresa, dentro da política de substituição do hospital psiquiátrico por serviços comunitários. O que nos fez delimitar a amostra do estudo em 10% dos 140 pacientes vinculados ao Hospital com história de mais de vinte anos de internação, 14 sujeitos[23], identificados no decorrer deste trabalho com a letra E (Entrevistado), seguida da numeração de 1 a 14 (Quadro 1). É necessário destacar que há datas de nascimento de pessoas, com longo tempo de internação em hospital psiquiátrico, que são fictícias, isto é, há pessoas, internadas por muitos anos, que foram encontradas nas ruas e trazidas pela polícia para o hospital, sem nenhuma documentação ou referência, com o longo tempo de moradia no hospital e a necessidade do preenchimento dos documentos institucionais, criam-se nomes e datas fictícias. De alguns foram descobertos os verdadeiros nomes e datas de nascimento por ocasião dos

[23] Alguns dos sujeitos eram moradores do Hospital na fase de pesquisa de campo deste estudo, tendo sido, posteriormente, transferidos para Pensões Protegidas ou Residências Assistidas.

serviços de busca oriundos da reestruturação, de outros, isso não foi possível e os dados de que dispomos são os institucionais. Assim, estas datas podem ter uma margem de erro, isto é, podem os pacientes ter mais ou menos idade do que está registrado. Quanto ao tempo de internação, os dados trazidos referem-se apenas ao Hospital Santa Teresa e não é incomum a transferência de hospital para hospital, portanto a experiência total de internação geralmente é maior do que a registrada em um hospital apenas. Grande maioria dos pacientes desconhece sua própria idade ou a refere para muito mais (centenas) ou muito menos (unidades) do que o cronologicamente possível, o que não é de se admirar.

Quadro 1: Sujeitos da Pesquisa

Sujeito da Pesquisa	Sexo	Ano de Nascimento	Ano de Internação	Tempo de Internação em 2005
E-1	M	1928	1957	48
E-2	M	1922	1979	26
E-3	M	1954	1973	32
E-4	M	1936	1974	31
E-5	M	1952	1979	26
E-6	M	1931	1953	52
E-7	M	1942	1963	42
E-8	M	1937	1962	43
E-9	F	1954	1979	26
E-10	F	1911	1952	53
E-11	F	1924	1947	58
E-12	F	1929	1967	38
E-13	F	1927	1985	20
E-14	F	1956	1985	20

Fonte: Serviço de Arquivo Médico do Hospital Santa Teresa-RP, 2005.

As entrevistas foram realizadas no próprio Hospital Santa Teresa de Ribeirão Preto, tendo em média uma duração de quarenta minutos para cada encontro. Com alguns sujeitos

da pesquisa, realizamos mais de um encontro, somando mais de quatorze interações para quatorze sujeitos entrevistados.

Confrontamos o material coletado através dos procedimentos empregados: a documentação oficial (os prontuários), a história oral temática e a observação de campo, para efeito de triangulação e conseqüente articulação e confronto dos dados, à luz do arcabouço teórico como suporte para a interpretação dos resultados. Dessa forma, intencionamos relacionar as informações do sujeito entrevistado às produções do meio vivenciado por esse sujeito e à produção da própria sociedade, com vista à advertência de Triviños (1992, p. 138), de que "é impossível conceber a existência isolada de um fenômeno social, sem raízes históricas, sem significados culturais e sem vinculações estreitas e essenciais com uma macrorrealidade social".

Pressupondo a existência de estruturas de sustentação dos pacientes psiquiátricos de longa internação acerca do registro do tempo, empreendemos, através do arcabouço teórico e dos procedimentos supracitados, a coleta de dados acerca dos objetivos deste trabalho, em busca das formas de apresentação, como e em que se constituem, como é apreendido, balizado, registrado e mantido o tempo sem símbolos convencionais.

Até a motivação deste trabalho, percorremos um pouco do caminho da experiência institucional do manicômio que julgamos importante expor no item seguinte como um breve itinerário que situa a história do hospício e suas reestruturações e transformações através de experiências mundiais e no Brasil.

3 O VELHO E O NOVO NA PSIQUIATRIA:

da negação do tempo à instituição negada

3 O VELHO E O NOVO NA PSIQUIATRIA: DA NEGAÇÃO DO TEMPO À INSTITUIÇÃO NEGADA

3.1 EXPERIÊNCIAS MUNDIAIS E EM ALGUNS PAÍSES DA AMÉRICA LATINA

Um urrah ao manicômio! Oh! Que belo lugar!
Charles Dickens

Na justificativa deste trabalho, introduzimos a problemática da ausência de símbolos de orientação temporal a partir da realidade relatada sobre os hospitais psiquiátricos tradicionais. Agora, visamos a situar o que se denomina de atualidade em termos de serviços psiquiátricos – a instituição negada/inventada, através de seu traço mais forte que é a assistência inserida na comunidade, ou seja, a prerrogativa de atenção psicossocial.

A atualidade no âmbito da assistência mundial aos chamados doentes mentais possui quase meio século (aproximadamente década de 1960 para cá). Trata-se da concepção de desinstitucionalização da psiquiatria italiana, mais precisamente, do enfoque basagliano, associado posteriormente, em 1973, à Psiquiatria Democrática italiana.

Isso porque a crítica de que os hospitais psiquiátricos iam mal porque estavam em construções, geralmente, adaptadas, com déficit de pessoal qualificado ou abarrotados de pacientes tem quase tantos séculos de existência quanto o próprio manicômio. Ou seja, a crítica estrutural não é novidade, porque desde os seus primeiros anos de funcionamento, o hospital psiquiátrico deflagrou a sua incurabilidade, a sua cronicidade, que ironicamente, pode-se dizer contagiosa, “incuráveis” e “crônicos” denominam-se os seus moradores (e trabalhadores ?!). Não há, nessa crítica da necessidade da modernização da instituição, um enfoque sobre o saber/prática de sustentação da assistência psiquiátrica e conseqüente exclusão social do doente mental.

Uma análise diferenciada veio à tona a partir do momento em que a “solução” não é mais a multiplicação dos manicômios ou a sua humanização e/ou modernização, ou seja, que se façam mais e melhores manicômios para assistir bem, porque os que existem são precários ou estão superlotados, mas sim que *desconstruam-se* os manicômios existentes. Esse enfoque foi encampado por Franco Basaglia, na esteira de uma tradição de psiquiatria comunitária e territorialização da assistência em saúde mental, com o dado novo do questionamento sobre o saber/prática psiquiátrica, e daí a desconstrução do aparato físico, também, mas principalmente das relações institucionalizadas e a correlata exclusão social do paciente psiquiátrico. Com isso, Amarante (1994) destaca que Franco Basaglia operou uma ruptura epistemológica e cultural no âmbito do enfrentamento da assistência ao doente mental.

Vejamos um pouco do que não se chamava desinstitucionalização, porém, trabalhava com o enfoque voltado para a comunidade e por isso guardava o gérmen da abordagem que veio, passados os séculos de institucionalização, a se constituir como desinstitucionalizadora.

Segundo Garcia (1967), a “instituição da psiquiatria da comunidade” há muito existia, sem este nome, em vários países, como por exemplo, Inglaterra, Escócia, Bélgica, França, México e Estados Unidos, sendo a experiência mais antiga a de Geel, na Bélgica.

> A instituição de *Psiquiatria da comunidade* mais antiga de que se tem notícia ocorreu na cidade de Gheel, na Bélgica, perto de Antuérpia. Divergem os historiadores sôbre a origem dessa instituição. (...) A *Enciclopedia Britânica* refere que pelo ano 600 a princêsa Dymphna, filha de um dignatário irlandês, chegou a Gheel, protegida por amigos, quando o seu pai, doente ou pervertido, pretendeu casar-se com ela. Chocada e doente, passou a frequentar a velha igreja gótica, e curou-se. Mas os sicários de seu pai a executaram. A lenda cresceu, espalhou-se, Dymphna foi canonizada, e a velha igreja gótica foi-lhe dedicada, e sôbre o seu túmulo foram trabalhados belos painéis atribuídos a Hans Memling ou a seus discípulos (1435-1494). Dymphna passou a ser a padroeira ou protetora dos insanos. De todo o mundo então conhecido foram chegando os doentes mentais em busca da cura. No século XIII, já existia em Gheel uma colônia agrícola para os insanos nacionais e cosmopolitas, e os doentes eram “pensionistas” nas fazendas, granjas e casas residenciais da praça em frente à igreja. Hoje existem em

> Gheel cêrca de 3000 a 4000 doentes mentais diluídos na comunidade (GARCIA, 1967, p. 13-4. Grifo do autor).

Amarante (1982) refere-se a este episódio como “a história ou lenda” e relata um final mais trágico para a princesa, “é decapitada em praça pública por seu próprio pai”, sendo este “destino cruel da jovem” e a comoção da aldeia o liame com a assistência aos alienados através do “que se pode chamar de milagre”: a reconstituição da razão de um alienado que assistira à tragédia, “a cura milagrosa do alienado é prontamente associada ao valor moral do ato nobre de Dynfne que, a partir daí, é santificada pelos aldeões de Geel”.

> Assim, no início do séc.VII, a pequena aldeia fica famosa e começa a receber romarias de familiares que levam seus parentes alienados para receber a “cura milagrosa”. Milhares de alienados chegam à aldeia para assistir à novena; no interior de uma câmara destinada a eles; a “câmara dos doentes” (Ziékenkamer), de onde muitos saem curados da insânia, mas os que não conseguem alcançar a cura permanecem na aldeia até a festa do próximo ano, sem hospedaria para acolher todos os enfermos, as famílias da aldeia de Geel os abriga em suas próprias casas. Assim os geelenses exercitam uma prática inédita de “assistentes domiciliares”, como denominam os alienistas. Auxiliam os loucos na execução de trabalhos domésticos ou não, nos passeios e em inúmeras outras atividades da vida social da aldeia. Os alienados passam a ter uma vida aparentemente “normal” entre os habitantes, num clima reconhecido como que de “liberdade” e de franca aceitação social. O milagre, ao que parece, dá lugar ao tratamento, que realmente acontece neste sistema natural; pelo que tudo indica, por causa do trabalho e da liberdade de que desfrutam os alienados (p. 50-2. Grifo do autor).

A experiência de Geel, marcada pela prerrogativa da liberdade em comunidade – sendo o episódio da princesa “história ou lenda” –, traz a referência comunitária de assistência aos “insanos”.

No final do século XVIII, sob a influência dos princípios da Revolução Francesa e da Declaração dos Direitos do Homem nos Estados Unidos, dá-se o recrudescimento de denúncias contra as internações/seqüestrações arbitrárias dos doentes mentais e o seu confinamento sem tratamento específico, amontoados com os deserdados de toda sorte, pobres, criminosos, assassinos, ladrões, vagabundos, mendigos, bêbados.

> Pinel na França, Tuke na Inglaterra, Chiaruggi na Itália, Todd nos Estados Unidos, entre outros, serão os principais protagonistas de um movimento de reforma através do qual, pela primeira vez, os loucos seriam separados de seus colegas de infortúnio e passariam a receber cuidado psiquiátrico sistemático (RESENDE, 1994, p. 25).

Esse movimento de reforma foi orquestrado, principalmente, pelo que ficou denominado de *tratamento moral*. Esta abordagem suscitou opiniões antagônicas, sendo para alguns a "primeira revolução psiquiátrica" e para outros "novas amarras", tanto mais perigosas porque sutis, consentidas e sofisticadas. Mas tal influência de conotação reformista humanitária não durou muito, já na segunda metade do mesmo século XVIII, feneceu, sobrepujada pela teoria organicista alemã, notadamente centrada no confinamento como prerrogativa para a concepção de loucura como doença do cérebro. Esta tendência, afastando-se do "humanitarismo pineliano", se aproxima da objetivação da pessoa com sofrimento psíquico como depositário/objeto de sinais e sintomas que determinavam a intervenção médica. Resende (1994, p. 29) diz se tratar de um novo mergulho no longo sono do período pré-pineliano, sobre o que não considera exagero afirmar que "deste pesadelo só começará a despertar na época da segunda guerra mundial".

A influência dos eventos bélicos da Segunda Guerra Mundial evidenciou o flagelo do grande número de mutilados física e psicologicamente, obstaculizando a retomada da ordem econômico-social e o desempenho satisfatório da força de trabalho no mundo pós-guerra. O asilo psiquiátrico precário, comparado às recentes lembranças dos campos de concentração, incomodava e era contraproducente à recuperação da sociedade.

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPS, 1990), a crítica ao modelo manicomial que se estrutura em fins da Segunda Guerra Mundial expõe o julgamento do manicômio em torno de quatro eixos fundamentais: o ético-jurídico; o clínico; o institucional e o sanitário. O ético-jurídico desvela a violência contra os pacientes e a violação contra os direitos humanos; o clínico expõe a inoperância da função terapêutica do hospital psiquiátrico; o

institucional revela a caracterização totalitária, iatrogênica e cronificadora do hospital; o sanitário traz à tona a perspectiva de exclusão da “cidade dos loucos” e assim a cultura do estigma da doença/doente mental. Em síntese, considera que “o hospital psiquiátrico é o obstáculo mais sério para a organização de uma assistência psiquiátrica mais justa e adequada, integrada ao sistema geral de assistência na comunidade” (p. 9).

Assim, tem-se na Europa e nos Estados Unidos da América, em momento propício, um impulso ao surgimento de propostas comunitárias de reformulação do espaço asilar – a psiquiatria reformada no dizer de Rotelli (1990 apud AMARANTE 1998) – até então desconhecidas ou negligenciadas, pois já haviam surgido experiências reformadoras, como na Inglaterra com Connoly a teoria do *no restraint* que preconizava a abolição dos meios coercitivos, a participação coletiva não forçada, a relação com o mundo externo e a reconstrução histórica da vida do paciente, assim como, o sistema de *open-door* escocês que propugnava a liberdade de movimento no manicômio, como em qualquer hospital (BARROS, 1994). Sem esquecermos o tratamento moral pineliano citado anteriormente que, não obstante as suas limitações teórico-práticas, constituiu um avanço, pois embora preconizasse o confinamento asilar, propugnava-o “humanitariamente”, enfatizando a abolição de algemas.

A psiquiatria reformada foi esquematizada por Amarante (1998) em três segmentos, tendo em comum o momento de sua instauração, o após Segunda Guerra Mundial, porém distanciando-se os dois segmentos do terceiro no que concerne aos objetivos e resultados alcançados.

1. O movimento de reformas restritas ao ambiente asilar, preconizado pela Psicoterapia Institucional francesa e pelas Comunidades Terapêuticas na Inglaterra e Estados Unidos;

2. O movimento de superação das reformas restritas ao ambiente asilar, com a extensão da psiquiatria ao espaço público e o objetivo de prevenir a doença e promover a saúde mental na comunidade, propugnado pela Psiquiatria de Setor francesa e a Psiquiatria Preventiva norte-americana;

3. O movimento que rompe com os anteriores, propondo o questionamento do próprio dispositivo médico-psiquiátrico e as instituições e dispositivos terapêuticos a ele relacionados, encampado pela Antipsiquiatria inglesa e as experiências surgidas a partir de Franco Basaglia, representadas pela Psiquiatria Democrática italiana.

Nos dois primeiros segmentos, diz-se uma psiquiatria reformada, uma vez que, a reforma dos espaços asilares atualizava-se, então, enquanto imperativo social e econômico, perante o enorme desperdício de força de trabalho advindo do pós-Segunda Guerra Mundial (AMARANTE, 1998), com prerrogativas propícias, ou seja, objetivava-se sanear o âmbito do hospital psiquiátrico, liberando-o da mácula de inoperante e iatrogênico, porém mantendo-o como centro do atendimento, a lógica hospitalocêntrica da assistência psiquiátrica, seus saberes e práticas seriam preservados: o hospital bem administrado revigorava-se como o lugar ideal de tratamento da doença mental ou como disse Esquirol, célebre baluarte do alienismo, “uma casa de alienados é um instrumento de cura; nas mãos de um médico habilidoso, é o agente terapêutico mais eficaz frente às doenças mentais” (ESQUIROL, 1991 apud DESVIAT, 1999, p. 27).

Ora, com isso, não fora considerada como problema a questão da exclusão social do doente mental. Isto foi proposto pelo terceiro segmento. A Antipsiquiatria inglesa traz grande contribuição ao debate da desconstrução, embora termine por propor um novo esquadrinhamento da doença mental como problemas de comunicação entre as pessoas. E a desconstrução/desinstitucionalização enquanto ruptura com o saber/prática da psiquiatria, operacionalizada pela tradição basagliana que, resgatando dialeticamente as contribuições de

democratização das experiências anteriores, propõe um questionamento radical em prol da desconstrução do aparato manicomial.

Detenhamo-nos no caso da reestruturação norte-americana para efeito de discernimento sobre a terminologia desinstitucionalização *versus* desospitalização.

O próprio termo desinstitucionalização foi criado em fins da década de 1950, início de 1960, aproximadamente, nos Estados Unidos em meio à efervescência da Psiquiatria Preventivista e designava o movimento de alta do hospital psiquiátrico e reinserção do paciente na comunidade. Diferentemente da experiência italiana, deflagrada em Gorizia em 1961 e em Trieste em 1971 – ambas sob a orientação de Franco Basaglia –, o movimento norte-americano culminou em um processo mais adequadamente qualificado como desospitalização.

Garcia (1967) considera que a notoriedade da mensagem do presidente John Kennedy enviada ao Congresso em 5 de fevereiro de 1963 sobre psiquiatria comunitária constituía mais a sistematização de "uma abertura, uma saída" sobre o elevadíssimo custo da assistência do modelo convencional e sobre o elevadíssimo custo social que o confinamento causa.

Geller[24] (2000), em um balanço sobre os serviços psiquiátricos norte-americanos na segunda metade do século XX, e assim, sobre a experiência de reestruturação psiquiátrica daquele país, afirma que "desinstitucionalização não foi". Para este autor, houve sim, uma mudança de enfoque do *locus* de cuidados e tratamento psiquiátrico, polarizada pelo campo de batalha entre instituição *versus* comunidade, mas essa recolocação da abordagem da assistência

[24] Jeffrey L. Geller: professor de psiquiatria, M.D., M.P.H., diretor do setor de publicação de psiquiatria da Escola Médica da Universidade de Massachussets e do Centro dos Serviços de Pesquisas de Saúde Mental, membro do quadro editorial e editor de revisão da Revista Serviços Psiquiátricos (Psychiatric Services) da Associação Psiquiátrica Americana. Trata-se de um artigo de revisão sobre o material publicado na *Psychiatric Services*, desde sua fundação em janeiro de 1950, examinando os serviços psiquiátricos da segunda metade do século XX nos Estados Unidos.

psiquiátrica do hospital para a comunidade, não poderia, de forma adequada, ser designada de desinstitucionalização:

> O que realmente ocorreu foi rotulado por Talbott no fim da década de 70 como "transinstitucionalização". (...) O paciente crônico mentalmente doente teve o seu *locus* de vida e cuidados transferido de uma institucionalização única nojenta para múltiplas instituições miseráveis (GELLER, 2000, p. 42).

Geller (2000) abordou o debate em torno da "desinstitucionalização" norte-americana ao longo das décadas de 1960 a 1990, uma vez que no final da década de 1940 e 1950, as pessoas julgavam os hospitais psiquiátricos como "ninhos de cobra". A década de 1950 preparou o enfoque na comunidade e na reabilitação psicossocial, embora não o tenha efetivado por excesso de pacientes nos hospitais e falta de dinheiro. A década de 1960 foi marcada pela redefinição dos papéis e pela melhoria nas intervenções em unidades psiquiátricas de hospital geral, hospital-dia, hospitais noturnos, casas de repouso, reabilitação psicossocial e clínicas ambulatoriais. Na década de 1970, aflorou o debate real sobre fechar ou manter os hospitais psiquiátricos. A década de 1980 formulou os prós e contras à "desinstitucionalização". E na década de 1990, teve-se "basicamente exames mais sofisticados dos problemas que se desenvolveram na década de 70 e que foram algo melhorados na década de 80", como por exemplo, a questão da reabilitação psicossocial do paciente psiquiátrico.

A experiência de "desinstitucionalização" norte-americana, melhor qualificada como desospitalização dos pacientes psiquiátricos, sofreu críticas contundentes por gerar um quadro de abandono (que contribuiu para o aumento do fenômeno dos *homeless*) e de recidivismo (o *revolving-door*) em que oscilavam os pacientes dos hospitais psiquiátricos.

Geller (2000, p. 58) destaca que críticas fortes ao papel do hospital psiquiátrico também surgiram na década de 1990, constatando que o debate de trinta anos foi orientado mais

pela ideologia do que pelas necessidades de cuidados dos pacientes, sobre o que lamenta ser "uma vergonha para todos nós". E questiona se "são nossos *insights*, intenções e clareza de pensamento, melhor dirigidos ao término do século [XX] do que à metade do século? São nossas intervenções consideradas, mais sensíveis, cuidadosas e respeitosas?" Termina fazendo a *mea-culpa* do tempo presente de que, como disse Rosenblatt's: "os nossos predecessores que cuidaram de pacientes psiquiátricos não foram tão ótimos. Nem nós somos excessivamente sábios".

> Apesar de 50 anos tirando pacientes dos hospitais estaduais e *os pondo* em algum outro lugar, os que fazem a política de saúde mental e os profissionais permanecem em todo míopes enfocando o local dos cuidados e do tratamento. Temos ainda que ouvir o conselho de Bachrach expresso há 22 anos: "A ênfase deve ser movida de programas e locais para os próprios pacientes". Permanecemos encalhados em nossas preocupações sobre os locais de cuidado, confundindo-os com humanidade, eficácia e qualidade dos cuidados (GELLER, 2000, p. 58. Grifo do autor).

Conforme Barros (1994), a "desinstitucionalização" norte-americana significou um processo de racionalização de recursos, onde se criou uma rede de pequenos serviços na comunidade e foi feita a transferência de pacientes de longa internação, para instituições asilares não psiquiátricas e comunidades terapêuticas privadas, o que em muitos casos converteu-se no abandono de pacientes, projetados definitivamente no circuito da miséria nas grandes cidades.

Situando os movimentos de reforma da psiquiatria no mundo, e em especial na Espanha, Manuel Desviat destaca a liberdade como ferramenta fundamental neste processo, considerada pelos italianos como terapêutica, mas que, no contexto norte-americano, transformou-se em abandono.

> Não se trata de as pessoas morrerem com sua liberdade, jogadas nas ruas das grandes cidades, como anunciou Rojas Marcos, nem de serem esfaqueadas depois de um acesso de fúria – no dizer de Haro Tecglen –, mas tampouco se trata de sacrificar a liberdade (Rojas Marcos, 1989; Tecglen, 1989; Desviat, 1989). Há respostas técnicas, planejamentos mais eficientes dos serviços sociais – sobretudo mais dos que os existentes na Espanha, onde esses setores parecem estar entravados –, e respostas

> políticas mais solidárias que as dos Estados Unidos. Garantir a segurança e uma assistência aceitável, respeitando a dignidade da pessoa, é o desafio que se apresenta aos cidadãos, governantes e especialistas. O que não se opõe, mas apenas situa em seu lugar, a luta por uma sociedade mais justa e solidária (DESVIAT, 1999, p. 20).

Para Serrano (1986, p. 105), “tal liberdade poderá até terminar com a instituição, fazendo-a ultrapassar-se”.

No que se refere às experiências de reformulação psiquiátrica européias, destacam-se Hermann Simon, na década de 1920, com a instauração da “terapêutica ativa” ou terapia ocupacional. Em 1929-30, Sullivan preconiza o inter-relacionamento dos pacientes entre grupos. A década de 1940 conta com a contribuição de Menninger e de Sivadon que propõem a ressocialização de pequenos grupos de pacientes. Em 1946 Main, Bion e Reichman desenvolvem uma experiência que denominam, pela primeira vez, de Comunidade Terapêutica. Maxwell Jones, a partir de fins da década de 1940, na Inglaterra, inspirado nas experiências antecedentes, operacionaliza e consagra a experiência mais conhecida de Comunidade Terapêutica. Em 1953, a Organização Mundial de Saúde sugere que os hospitais psiquiátricos adotem uma organização nos termos da Comunidade Terapêutica (MANDELBAUM; SILVA, 1972; BASAGLIA, 1985; BARROS, 1994; AMARANTE, 1998).

Mandelbaum e Silva (1972) descrevem as principais características da Comunidade Terapêutica, a partir de Main, Jones, Rapaport e Rodrigué, expoentes da experiência prática e das avaliações sociológicas dessa experiência:

> - Pacientes e pessoal técnico colaboram em equipe na responsabilidade de organizar a comunidade hospitalar terapêutica;
> - Criação do melhor ambiente social possível, a fim de se tornar um elemento realmente dinâmico no tratamento.
> - Máxima importância à criação de um ambiente de tolerância e permissibilidade, inserido no conjunto de normas criado por todos e que regem a vida comunitária.
> - Tendência à participação máxima de todos os membros na vida diária da instituição.
> - Tal participação deverá ser verdadeira, isto é, o paciente deverá executar tarefas realmente importantes para a sua comunidade.

> - Todas as relações que se estabelecem dentro da instituição entre pacientes e equipe (psiquiatras, enfermeiros, praxiterapêutas, serventes, funcionários, etc.) são consideradas potencialmente terapêuticas.
> - Facilidade de comunicação entre os pacientes e pessoal técnico (1972, p. 30-1).

Desses sete apontamentos concluem-se os princípios que Rapaport chamou de *Democratização, Permissividade, Comunidade e Confronto com a realidade* que pretendiam ser representados e traduzidos na manifestação emblemática das comunidades terapêuticas: as reuniões diárias (MANDELBAUM; SILVA, 1972).

Para Clark (1963) apud Schittar (1985) e Amarante (1998), as características comuns à ideologia das Comunidades Terapêuticas são: a liberdade de comunicação; a análise de tudo o que se passa na comunidade em termos de dinâmica individual e, especialmente, interpessoal; a tendência à destruição da relação tradicional de autoridade profissional sobre o doente, sendo esta a maior inovação da comunidade; a possibilidade de aproveitamento de ocasiões de reeducação social e as reuniões diárias gerais e as restritas.

Percebe-se a tentativa de horizontalização das relações no hospital psiquiátrico através da Comunidade Terapêutica, sendo esta condição *sine qua non* para a transformação do manicômio, embora na prática, os quatro princípios de Rapaport – democratização, permissividade, comunidade e confronto com a realidade – tenham imprimido as suas contradições:

1. Uma **democratização** que se referia à necessidade de superação da verticalização das relações, mas que, ao fim e ao cabo, se comprometia com a manutenção incontestável do *status quo* do médico: “O médico é o líder [da Comunidade Terapêutica] (PATTON, s/d apud SCHITTAR, 1985, p.143); “A autoridade médica deve ser soberana (*'paramount'*) na divisão (SARWER-FONER, s/d apud SCHITTAR, 1985, p. 143), ou ainda:

> Para que o grupo possa discutir abertamente os problemas de autoridade e tirar proveito dessa discussão, é fundamental que *o médico* esteja tranqüilo no exercício de sua autoridade. Ele *deve sentir-se, tanto quanto possível, livre de ameaças quando suas afirmações ou contribuições são examinadas, criticadas ou distorcidas; deve estar protegido a ponto de quase não precisar defender-se, agindo, assim, como um modelo de objetividade* (Stubblebine, s/d apud SCHITTAR, 1985, p.144. Grifo do autor).

2. Uma **permissividade** que confere ao doente mental o exercício de fazer o que quiser em contraposição ao modelo da tutela. Porém, Birman adverte-nos que tal permissividade, também na Comunidade Terapêutica, tem se comprometido com uma "conversão ortopédica", só "'nas práticas do bem dizer e do bem fazer' os loucos poderiam ser reconhecidos como sujeitos da razão e da verdade" (Birman, 1992 apud AMARANTE, 1998, p. 31).

3. Um **comunalismo** – que teoricamente se opõe à supremacia do médico – onde todas as atividades devem ser potencialmente terapêuticas, mas em que "é fundamental que o médico esteja tranqüilo no exercício de sua autoridade" (Stubblebine, s/d apud SCHITTAR, 1985, p. 144).

4. E um **confronto com a realidade**[25] *do hospital*, uma vez que esse confronto não se estende à comunidade externa. Segundo Desviat (1999, p.35), trata-se de "um confronto que marca seus limites ao não atuar fora da instituição: em geral, seus benefícios se encerram quando o paciente sai da Comunidade Terapêutica". No dizer de Basaglia (1985), trata-se mesmo de uma "oposição à realidade em que vivemos", pois canaliza valores de destruição da autoridade que não são reais na comunidade externa, e acrescentamos mediante análise, que não o são nem mesmo no interior das Comunidades Terapêuticas clássicas, haja vista a prerrogativa resguardada da supremacia do profissional médico.

---

[25] Confira maiores reflexões sobre um *confronto com a realidade* em uma "comunidade terapêutica avançada" (definição da experiência basagliana de CT) em BASAGLIA et al. (1994): Considerações sobre uma experiência comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

Paralelo a essas experiências de reforma do manicômio, desenvolviam-se métodos que justificavam e reforçavam a internação hospitalar, como o tratamento insulínico (método de Sakel) de M. Sakel em 1932, o choque convulsivo com cardiazol de Von Meduna também nesse período, o eletrochoque de Ugo Cerletti em 1939 e os neurolépticos em 1952, muito embora esses últimos sejam defendidos por alguns como "os legítimos e verdadeiros antimanicomiais" (GERALDES, 1975; 1995), o que sem dúvida constitui um exagero.

O cenário, portanto, era de correlação de forças, onde a experiência da Comunidade Terapêutica constituiu um avanço – uma brecha que poderia tornar-se fecunda – em prol da relativização do saber psiquiátrico.

No dizer de Barros (1994, p. 43) – em comunhão com Resende (1994) –, "um longo silêncio se impôs ao debate sobre a vida no manicômio, do final do século XIX ao segundo pós-guerra (...)". E quando esse debate toma algum fôlego com a Comunidade Terapêutica, permanece a interlocução do organicismo alemão de Emil Kraepelin do final do século XIX, nas novas descobertas de intervenção orgânica e psicofarmacológica. Discernir o mérito dos medicamentos psicotrópicos com relação à condição do doente mental no que tange à potencialização do êxito das reformas psiquiátricas é defensável, porém, atribuir-lhes exclusividade neste processo é um exagero que alimenta muitos equívocos, novas camisas-de-força, para fazer alusão ao uso exacerbado do recurso medicamentoso. Ou como disse AMARANTE (1999) não se trata de negar a contribuição possível e real da farmacologia, mas também não se trata de reduzirmos as emoções humanas às trocas de neurotransmissores, como querem os representantes da indústria farmacêutica.

Enfim, as experiências de Comunidade Terapêutica inglesa e a Psiquiatria de Setor francesa, embora diferentes entre si, nos levarão até Basaglia, uma vez que:

> A experiência italiana representa um confronto com o hospital psiquiátrico, o modelo da comunidade terapêutica inglesa e a política de setor francesa, embora conserve destas o princípio de democratização das relações entre os atores institucionais e a idéia de territorialidade (BARROS, 1994, p. 53).

Ou seja, Basaglia parte de uma experiência restrita ao âmbito asilar – a Comunidade Terapêutica – e de uma experiência estendida à comunidade – a Psiquiatria de Setor –, adicionando à mistura dos níveis de democratização dessas experiências, um terceiro componente que foi a socialização/politização da condição do doente mental, nível este que não fora cogitado nas experiências de referência.

A Psiquiatria de Setor francesa iniciada por grupos críticos e progressistas se torna, nos anos de 1960, política oficial do Estado francês e propugna a extensão do tratamento do paciente para o seu respectivo território social.

> No entanto, a prática desta experiência não alcança os resultados esperados, seja pela resistência oposta por grupos de intelectuais que a interpretam como extensão da abrangência política e ideológica da psiquiatria, seja pela resistência demonstrada pelos setores conservadores contra a possível invasão dos loucos nas ruas e, ainda, seja pela muito mais custosa implantação dos serviços de prevenção e "pós-cura" (AMARANTE, 1998, p. 35).

Mais ainda com relação ao enfrentamento com a psiquiatria tradicional, apesar da inovação da territorialização da assistência, a Psiquiatria de Setor francesa mantém uma espécie de aliança entre o manicômio e a comunidade, onde o primeiro é determinante. Para Rotelli (1994, p. 150), esta experiência "conciliava o hospital psiquiátrico com os serviços externos e não fazia nenhum tipo de transformação cultural em relação à psiquiatria". Nas palavras de Barros (1994) e Basaglia et al. (1994), respectivamente:

> A proposta francesa não eliminou o recurso do hospital psiquiátrico mas procurava-se diminuir as internações através dos serviços territoriais, psiquiátricos e assistenciais. O

> hospital psiquiátrico deveria ser o último recurso, entretanto, a lógica psiquiátrica estendeu-se mesmo fora dos limites do manicômio (p. 50).
>
> Todavia, mesmo a ”política de setor” é uma nova instituição estreitamente ligada à mesma sociedade que a quer e a organiza, assim como quis e organizou os “manicômios”. (...) Que a política de setor comporte a vantagem de oferecer uma alternativa ao doente entre a doença e a instituição psiquiátrica é um fato fundamental (desde que, porém, não continue a erguer-se às custas do serviço setorial do manicômio, o que coincidiria com a existência, no interior da CT, de “válvulas de segurança” que garantissem a eventual necessidade de “isolamentos provisórios”). Todavia, mesmo no melhor dos casos, o setor poderia ser a nova face da instituição da violência (mais mascarada e mais velada dos horrores manicomiais) que, após ter liberado o doente mental das etiquetas e das estruturas institucionais e tê-lo incluído na “norma”, estabelece um aperto nos limites, de modo a poder mantê-lo sob controle, mesmo de natureza diversa (p. 20-1. Grifo dos autores).

Quanto à Comunidade Terapêutica, Amarante (1998) destaca que embora a experiência de Maxwell Jones seja marcada por medidas democráticas, participativas e coletivas, como já citamos, visavam, restritamente, a um conjunto de reformas institucionais dentro do hospital psiquiátrico, como demonstramos anteriormente, entendendo-se a comunidade como complemento desse melhoramento *interno*. Na avaliação de Serrano (1986) e de Rotelli (1994):

> Mesmo sendo um avanço, também as comunidades terapêuticas não conseguem fazer uma psiquiatria libertadora. Por melhor que seja o ambiente, é sempre um ambiente artificial. Definitivamente ele separa o paciente de seu mundo social. Mantém a lógica da intolerância social e da discriminação dos diferentes. Não rompe com a demarcação de espaços para a sanidade e a loucura. Não age no meio social para modificar o sistema da projeção sobre o bode expiatório. Não aborda a questão do sofrimento no seu aspecto coletivo. Se o sofrimento psíquico está vinculado à vida em sociedade, é dentro deste palco real que ele precisa ser abordado (p. 66-8).
>
> A experiência inglesa da Comunidade Terapêutica foi uma experiência importante de modificação dentro do hospital, mas ela não conseguiu colocar na raiz o problema da exclusão, problema este que fundamenta o próprio hospital psiquiátrico e, portanto, não poderia ir além do hospital psiquiátrico (p. 150).

A *ideologia* da Comunidade Terapêutica é tema de um debate[26], realizado pelos italianos protagonistas da experiência de Gorizia e de outras localidades da Itália, como Perugia e

[26] Transcrito no livro que relata a experiência de Gorizia: *A Instituição Negada: relato de um hospital psiquiátrico*, coordenado por Franco Basaglia, Graal, 1985.

Arezzo, cujas argumentações questionam a democratização, a permissividade e o confronto com a realidade nessas comunidades. Embora se constitua como início da negação do manicômio, a Comunidade Terapêutica revela contradições que justificam a discussão acerca de um enfrentamento efetivo da condição do doente mental.

Segundo Schittar (1985), nas Comunidades Terapêuticas o problema real dos pacientes, ou seja, qual a sua *real* participação no poder, foi camuflado, e os que tentaram efetivar esse questionamento (Rubenstein e Lasswell, s/d) concluíram que:

> O paciente continua [na Comunidade Terapêutica] a ser privado de certas liberdades, e os membros da equipe do hospital continuam sendo agentes habilitados mandatários da sociedade para exercer um poder extraordinário sobre os pacientes que lhes são confiados. O diretor [que também é o médico][27] continua autorizado a privar os pacientes dos direitos e privilégios normalmente considerados como prerrogativa dos cidadãos da democracia (p.142).

Assim pode ocorrer – e ocorreu / ocorre – em muitas experiências cujos estatutos se dizem "comunitários e democráticos", mas a realidade mantém-se manicomial, esse tipo de ocorrência não é incomum na realidade nacional e internacional – nas Comunidades Terapêuticas a reprodução do esquema de exclusão social do manicômio, seja através de setores fechados, seja através de seleção/separação dos "adaptados" e dos não-integráveis ao ambiente de exibição permissiva da Comunidade Terapêutica.

[27] Sobre este aspecto Clark, s/d apud BASAGLIA et al. (1994, p. 15) diz que na CT o psiquiatra torna-se um "administrativo", ou no dizer de Levinson & Klernan um *clinician executive*, clínico e dirigente ao mesmo tempo, realizando duplamente o ideal pan-organizativo da sociedade neocapitalista e a aspiração psicocrática presente entre os próprios psiquiatras.

> (...) É discutível a democracia interna das comunidades terapêuticas. Sua fachada aparenta ser altamente democrática. Mas as comunidades podem usar a "camisa-de-força verbal". Reprimem por palavras suaves e ensinam as pessoas a se reprimir. Determinam o modelo de pensamento e de ação desejado. Em geral são acríticas em relação ao mundo conflituado e histórico em que vivemos. Ao cair nisto, servem para promover uma adaptação social sem consciência. (...) Sendo uma modernização do sistema, sem realmente mudá-lo, as comunidades terapêuticas terminam por fortalecer, via de regra, o manicomialismo. Disfarçam as feiúras do hospício tradicional sem alterações fundamentais (SERRANO, 1986, p. 69-70).
>
> O ciclo parece ter-se fechado. Aquilo que surgiu como uma exigência de renovação fundamental das instituições psiquiátricas revela-se, na melhor das hipóteses, tanto na prática como na teoria, como um novo tipo de instituição, mais moderna, mais eficiente, mas na qual as relações de poder parecem permanecer as mesmas. A "terceira revolução psiquiátrica"[28], portanto, não seria mais do que uma tardia adequação da modalidade de controle social do comportamento patológico aos métodos de produção aperfeiçoados ao longo dos últimos quarenta anos pelos sociólogos e pelos técnicos da comunicação de massa. Sob o pretexto de sanar as estruturas fundamentalmente desumanizantes do manicômio, parece que os sociólogos e psicólogos da organização[29] encontram a maneira de aplicar ao campo institucional psiquiátrico as técnicas (principalmente as de grupo) que se revelaram tão eficazes na gerência da economia neocapitalista, deixando intatos, contudo, os opressivos esquemas de poder da sociedade. (...) Seu mérito é o de continuar, dia após dia, a evidenciar essas contradições, retirando-as da esquematização maniqueísta e aproblemática do hospital psiquiátrico tradicional. Mesmo que, como já vimos, esteja presente em seus pressupostos um risco grave de involução, cabe à situação comunitária o mérito de permitir-se correr esses riscos diariamente e de suscitar contra eles a contestação quotidiana do doente, contestação essa que sem dúvida não assume uma forma "democrática" nas diferentes assembléias e reuniões [das comunidades terapêuticas], mas que funciona, por exemplo, como controle (que a livre movimentação dos pacientes permite) do uso que faz o médico de seu poder (SCHITTAR, 1985, p. 146-7. Grifo do autor).

Pirella (1985) questiona o fato de quando a transformação de uma situação tradicional em outra situação passa a ser considerada como a expressão de um poder antes manifesto e opressivo agora suave e disfarçado, o que impede as pessoas envolvidas de denunciar, abertamente, esse poder disfarçado, ainda opressivo mas oculto e protegido? Este

---

[28] Considera-se a intervenção de Pinel como a primeira, e a contribuição de Freud como a segunda revolução psiquiátrica, sendo a CT a terceira.

[29] Trata-se das técnicas de grupo da psicologia social, influenciadas pela teoria de Kurt Lewin. Segundo BASAGLIA et al. (1994, p. 15) "a modalidade lewiniana de resolver os conflitos sociais pode ser aplicada a uma maior eficiência da burocracia e da indústria, assim como da instituição psiquiátrica. Para esta, os conflitos podem ser compostos por meio da 'participação' de todos, com a discussão; as 'pontas' do contraste podem ser atenuadas por meio da 'manipulação' de grupo, com um comportamento tolerante e compressivo. O êxito ao qual a discussão de grupo tende é a integração de todos os participantes, sob a guia de um líder sábio e iluminado, no esforço de atingir o fim 'bom' comum: trata-se da ordenada atuação do mecanismo burocrático, da produção regular, ou da cura-reabilitação-integração do doente da mente".

autor, protagonista da experiência de Gorizia e de Arezzo, enfatiza a necessidade de ruptura com o saber/prática psiquiátrico que protegem esse poder não menos opressivo que o tradicional.

Na esteira da ruptura com a "comunidade comandada", Slavich (1985) e Pirella (1985) discorrem sobre a "dinâmica da contestação":

> Se todos, mesmo os pseudo-avançados, estão dizendo que a comunidade finalmente está sob o poder do médico, dá no mesmo declarar claramente que a comunidade terapêutica é comandada (p. 148-9).
>
> Na dinâmica da contestação, da qual já falamos tantas vezes, reside a diferença entre a nossa comunidade e as comunidades, por assim dizer, no sentido clássico do termo. O fato novo é que nossa comunidade se caracteriza por uma posição de contestação em todos os níveis. Daí o controle sobre o médico por parte do paciente, sobre o médico por parte do enfermeiro e, depois, do médico sobre o enfermeiro e sobre o paciente; em suma, o controle recíproco e também a recíproca contestação, tudo isso de uma maneira contraditória e até desordenada conduz à contestação global do poder externo, daquele poder que, não fora isso, nos forçaria a controlar inteiramente a situação em uma comunidade comandada, coisa que não fazemos (p. 152).

Basaglia (1985) adverte sobre o perigo dos novos serviços caírem em um simples reformismo psiquiátrico, uma vez que a Comunidade Terapêutica mantém o médico como eminência parda – "autoridade latente" –, e não trata do poder real dos pacientes, mantendo-os excluídos, agora sutilmente. Esse *perigo* da manutenção do manicômio, através dos seus reformismos, não é novidade nas reestruturações da assistência psiquiátrica. Já a experiência do tratamento moral, no século XVIII, fora identificada como a substituição da violência franca pela violência velada. Portanto a advertência de Basaglia é oportuna, considerando-se a história das "transformações" na assistência aos doentes mentais e por saber de tais constatações, este autor propugna um outro agir para os movimentos de superação do manicômio.

> Embora seu modelo inicial [da experiência de Gorizia] fosse da comunidade terapêutica, foi posteriormente questionado e superado através de discussões e reflexões sobre a prática institucional. Para os italianos, continuar na mesma lógica significaria permanecer fechados numa dimensão institucional que continuaria a perpetuar a segregação e exclusão do doente mental (BARROS, 1994, p. 59).

> Tentou [Franco Basaglia] o modelo de comunidade terapêutica, com muitos grupos de discussão. Queria evitar que a comunidade descanbasse para o democratismo aparente, para o autoritarismo de fachada democrática. A equipe médica decidiu-se por desenvolver uma verdadeira vida em sociedade com os pacientes (SERRANO, 1986, p. 77).

> Logo ficaram para trás [na experiência de Gorizia] as técnicas inovadoras de tipo institucional, reduzidas a uma simples camuflagem dos problemas, diante da luta contra a exclusão e a violência institucional, a demolição dos manicômios e a transposição da crise do doente mental para o âmbito social. A psicopatologia foi momentaneamente colocada entre parênteses. A prática psiquiátrica converteu-se em uma ação política. O psiquiatra, testemunha da exceção da realidade criada, "pode ser cúmplice ou ativista na destruição dela", numa paráfrase de Basaglia a Jean-Paul Sartre (...). Nem vítimas nem carrascos. Éramos todos cúmplices (DESVIAT, 1999, p. 42-3).

Para subverter a "comunidade comandada", a tradição basagliana operacionaliza o conceito de complexidade da condição de paciente psiquiátrico e busca realizar na iminência da instituição negada a instituição inventada.

Basaglia inicia a experiência de Gorizia em 1961, em 1962, uma série de transformações foram introduzidas no hospital, em um modelo inicial de Comunidade Terapêutica e, em novembro desse mesmo ano, foi aberto o primeiro pavilhão. Em 1968, a equipe de Gorizia solicitou à administração local o fechamento do hospital e a abertura de centros externos, uma vez que a necessidade dos pacientes ali internados era de ordem econômica e social, e não necessariamente psiquiátrico-farmacológica. Tendo a sua proposta indeferida, a equipe "demitiu-se em bloco após fazer uma declaração de cura de todos os pacientes que ainda estavam no hospital" (BARROS, 1994, p. 62).

> Uma psiquiatria empenhada em entender a fundo o sofrimento das pessoas poderá provar que nosso modo de viver em sociedade contém muitas coisas ruins, coisas que dão sofrimento. Poderá dar pistas para mudarmos coisas da sociedade. Foi por medo disto que as autoridades de Gorizia boicotaram a experiência do hospital psiquiátrico (SERRANO, 1986, p. 84).

A inquietação acerca da questão psiquiátrica já se disseminara por outras cidades, principalmente do norte da Itália. Em 1971, Franco Basaglia e sua equipe dão início à experiência de Trieste. Enquanto em Gorizia trabalhara-se por quase dez anos para a desconstrução do manicômio, em Trieste após dois anos, todos os pavilhões do hospital foram abertos (BARROS, 1994).

Na busca constante da historicidade do sofrimento e da pessoa que sofre, a experiência de Trieste operou transformações no espaço asilar com desdobramentos práticos sucessivos, como a supressão dos métodos coercitivos e a contratação de pessoal qualificado. Subvertendo-se a dinâmica institucional, demarcou-se a redução dos espaços asilares e a ampliação de espaços na comunidade – então denominada território[30] –, pois o termo comunitário lembrava o ranço dos centros comunitários da Psiquiatria Preventivista norte-americana. Implementaram-se experiências de grupo-apartamentos na comunidade, a condição de hóspede para os pacientes que permaneciam no espaço do hospital, a "Cooperativa Trabalhadores Unidos", a organização dos serviços territoriais, a aliança com projetos da Comunidade Econômica Européia e a abertura dos centros de saúde de referência[31].

> Ficava, então, evidente que a luta pela desmontagem do manicômio não terminaria com o abrir as portas pois existe todo um trabalho de reconstrução subjetiva e objetiva a ser realizado. Necessitava-se de casa, trabalho, espaço social, de canais para exprimir a própria condição, ainda que de sofrimento. Impunha-se uma análise das necessidades e carências do próprio território, enfrentando as contradições acrescidas pela "revelação" de uma miséria que antes não se via (BARROS, 1994, p. 81. Grifo da autora).

---

[30] Sobre este aspecto confira Rotelli, F. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, P. *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

[31] Denise Dias Barros, em sua dissertação de mestrado *A desinstitucionalização italiana: a experiência de Trieste,* 1990, publicada no livro *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste,* Edusp, 1994, descreve e aprofunda esses desdobramentos da experiência de Trieste.

O processo de desinstitucionalização do Hospital San Giovani de Trieste (somado às experiências congêneres de outras localidades italianas) resulta em 1978 na aprovação da Lei 180 em 1978 – a Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana ou Lei Basaglia como ficou conhecida.

A esta altura, a instituição fora negada e instaurara-se o novo desafio: o da transformação cultural para o exercício de uma instituição inventada que traz em seu bojo a inquietação radical da diversidade de uma sociedade sem manicômio, uma assistência psiquiátrica diferente da tradicional ou reformada.

A Instituição Negada é imanente à ruptura com a violência da institucionalização psiquiátrica tradicional ou sutilmente reformada. Battiston et al. (1980) apud Barros (1994) esclarece que a instituição negada foi à descrição dura de uma realidade, a prática que a revelava. Ou ainda conforme Rotelli e Amarante (1992), e Barros (1994):

> (...) a "negação da instituição" não é a negação da doença mental, nem a negação da psiquiatria, tampouco o simples fechamento do hospital psiquiátrico, mas uma coisa muito mais complexa, que diz respeito fundamentalmente à negação do mandato que as instituições da sociedade delegam à psiquiatria para isolar, exorcizar, negar e anular os sujeitos à margem da normalidade social (p. 44. Grifo dos autores).

> Ficava, então, evidente que a luta pela desmontagem do manicômio não terminaria com o abrir as portas, pois existe todo um trabalho de reconstrução subjetiva e objetiva a ser realizado. Necessitava-se de casa, trabalho, espaço social, de canais para exprimir a própria condição, ainda que de sofrimento. Impunha-se uma análise das necessidades e carências do próprio território, enfrentando as contradições acrescidas pela "revelação" de uma miséria que antes não se via (p. 81. Grifo da autora).

A Instituição Inventada é a prática assumida, organizada, consciente da necessidade de superação do manicômio como "*locus* de uma psiquiatria que é administração das figuras da miséria, periculosidade social, marginalidade e improdutividade" (BARROS, 1994, p. 57). A partir desse momento, impõe-se um trabalho de ampliação dos saberes e práticas

profissionais que ultrapassa a especificidade médico-psicológica e exige a autocrítica constante, pois é preciso *desinstitucionalizar* as velhas e as “novas” formas da assistência.

Assim no decorrer de uma ação contínua e contestatória, permeada por contradições internas e externas, de aliados e de opositores, a experiência de Trieste se inscreve como marco de desinstitucionalização de uma população inicial de 1.101 internados em 1971, para em 1977 – em pleno processo – 436 internados, desses, 346 na condição de hóspedes, ou seja, pessoas impossibilitadas da inserção social não por motivos médicos, mas por razões socioeconômicas, assim tornando-se moradores do espaço hospitalar (BARROS, 1994).

Desviat (1999, p. 43) ressalta que o momento italiano de inserção da reprovação do manicômio aconteceu aliado a uma sociedade civil rica e ativa como era a italiana dos anos 1960 e 1970, articulado a um amplo movimento estudantil, dos sindicatos de trabalhadores, da crítica a todas as instituições de marginalização e a emergência de uma reforma sanitária que viabilizasse um sistema nacional de saúde, universal e eqüitativo: “Foi um movimento aglutinado por um lema radical: um ‘não’ redondo ao manicômio”.

Barros (1994) destaca o pioneirismo da experiência basagliana e chama a atenção para os desafios advindos da desinstitucionalização, a necessidade de se ter constantemente, na agenda teórico-prática, a reflexão acerca do caráter ideológico da psiquiatria:

> A desinstitucionalização italiana possui a felicidade de haver efetivado uma psiquiatria sem manicômio. E isto não é pouco, mesmo que essa não seja uma verdade uniforme em todo o país. Eliminar o manicômio, *locus* paradigmático da segregação e da criminalização do sofrimento não significa, entretanto, eliminar o mandato de controle social com o qual a sociedade recobre o papel dos técnicos de saúde. A capacidade de exercer esse papel em sua contradição representa um desafio também do momento atual da *instituição inventada*. O técnico continua ocupando lugar na mediação entre indivíduo e sociedade, entre doença e normalidade. Ocupá-lo dialeticamente, significa, porém, “advogar” os direitos civis e sociais, condenar as novas modalidades do controle e possibilitar a criação de formas de emancipação (p. 142. Grifo da autora).

Para Amarante (1994), a tradição basagliana opera uma ruptura ao exercer profundo questionamento sobre o saber e as instituições psiquiátricas, o que possibilita um novo quadro epistemológico e, conseqüentemente, cultural e assistencial no lidar com a loucura.

O projeto basagliano propõe a desconstrução da instituição psiquiátrica, superando desta forma, a psiquiatria tradicional e o seu “dispositivo alienante” e a nova psiquiatria ou psiquiatria reformada e o seu “dispositivo da saúde mental” (PORTOCARRERO, 1990 apud AMARANTE, 1998).

O dispositivo da alienação pautado no isolamento e o dispositivo da saúde mental (psiquiatria reformada), assentado sobre a transformação interna do hospital psiquiátrico, e a prevenção no espaço comunitário mantêm, ambos, intacta a questão sociopolítica da loucura que Basaglia vem enfatizar, propondo a desinstitucionalização do processo psiquiátrico e seus interlocutores – doentes, trabalhadores e sociedade –, ou seja, a psiquiatria tradicional e a nova psiquiatria ou psiquiatria comunitária, por mecanismos diversos porém convergentes, mantinham estéril o cerne da exclusão do doente mental.

Ao propor a luta contra a institucionalização – a assepsia da sociedade contra o doente mental – Basaglia supera a experiência de Maxwell Jones de transformação apenas do interior do manicômio, através de quatro eixos orientadores, descritos por Franco Rotelli como: “(...) A luta contra as atuais estruturas psiquiátricas enquanto repressivo-custodiais; contra as estruturas reformadas mas lugar de institucionalização da doença; contra a institucionalização do sofrimento através da doença; contra o sofrimento produzido pelo próprio mundo do capital” (ROTELLI, 1974 apud BARROS, 1994, p. 66).

Para Barros (1994), o mote basagliano parte de que a gestão comunitária que propunha a humanização do manicômio não questionava as relações de tutela e custódia, e nem o fundamento de periculosidade social contido no saber psiquiátrico sobre o doente mental, daí os

três pontos cruciais da crítica basagliana: a ligação de dependência entre psiquiatria e justiça e a necessidade de ordem pública; a origem de classe das pessoas internadas; e a não-neutralidade da ciência.

Através desses três pilares – e não sem objeções e críticas por parte dos interesses que envolvem a instituição psiquiátrica[32] –, a crítica basagliana investiu contra a cientificidade da psiquiatria, questionando/desvelando a cultura manicomial e suas intenções de manutenção da ordem na sociedade, e contra o esquadrinhamento dos internados pobres ou, como são classificados nos prontuários médicos, os indigentes dos grandes hospitais psiquiátricos públicos.

Tansella e Williams (1987) apud Desviat (1999, p. 46) descreveram os traços que caracterizam a psiquiatria italiana comunitária, em cinco tópicos:

- O desaparecimento dos hospitais psiquiátricos foi entendido como um processo gradativo (mediante a não-realização de novas internações, mais do que como a saída de pacientes crônicos das instituições);
- os novos serviços foram mais projetados como alternativos[33] do que como complementares ou adicionais aos hospitais psiquiátricos;

[32] No Brasil, inicialmente, erigiu-se uma "batalha" contra a desinstitucionalização, utilizando-se o argumento do aumento dos abandonados sociais que aconteceu nos EUA com a desospitalização e qualificando a experiência italiana de ideológica. Enfatizou-se de maneira *não menos ideológica*, para usar o termo referido, a idéia do "fechamento dos hospitais psiquiátricos" como menoscabo à assistência psiquiátrica. Dentre outros autores pode ser consultado Gentil (1999). Atualmente (mais de vinte anos após o início do processo), a substituição progressiva dos manicômios é política oficial do Ministério da Saúde e sabemos bem que as palavras não são necessariamente as coisas! Destacamos como diferencial do movimento italiano o discurso e a perspectiva real da contratualidade que deve se sobressair à condição de doente mental, não se trata, pois, de "importação de experiências ou modelos", e nem de defesa de conceitos, jargões e estandartes. Assim como, não se trata, tampouco, da verdade cabal acerca da assistência psiquiátrica, se trata da busca por uma assistência adequada, com assumido compromisso terapêutico e centrada em intervenções éticas, no que se fez e no que se faz sobre a atenção em saúde mental.

[33] Frente às experiências e aos estudos do processo de substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos no Brasil, optou-se pela denominação de serviços substitutivos, uma vez que, a existência de serviços alternativos não contribuía necessariamente, para a redução de internações constantes naqueles hospitais e, assim, não poderia contribuir para uma atenção não-hospitalocêntrica em saúde mental, a intenção, porém, é similar a do propósito italiano de não se ter, apenas, serviços complementares ou adicionais aos hospitais psiquiátricos, mas romper com aquele modelo de assistência que redundava no isolamento psicossocial do internado.

- a psiquiatria hospitalar é que tinha que ser complementar ao serviço de atendimento comunitário [entenda-se territorial], não o inverso;
- tinha que haver uma integração completa entre os diferentes serviços, dentro das diferentes áreas geográficas que serviam de marco para o tratamento psiquiátrico. Uma mesma equipe deveria ministrar os serviços domiciliares, ambulatoriais e de internação. Esse modelo de serviço de saúde facilitava a continuação do atendimento e o apoio em longo prazo;
- tinha que haver um interesse especial em apoiar o trabalho das equipes interdisciplinares, as visitas domiciliares e as intervenções em momentos de crise, além de um acesso facilitado aos centros de saúde mental.

Note-se a distinção substancial entre a experiência italiana de transformação da psiquiatria e as experiências inglesa, francesa e norte-americana de "psiquiatria comunitária", a prerrogativa de questionamento/desconstrução – e não apenas de melhoramento – do manicômio e seus aparatos, em articulação direta com outras formas de atenção à saúde mental integrada na rede de atenção à saúde em geral. Assim como a busca da participação do paciente e da família na assistência e o envolvimento da sociedade, com vistas a um intercâmbio que objetiva uma reinserção, não apenas nominal, mas efetiva, daí podermos dizer mesmo, existencial, considerando-se o tradicional estigma que acompanhara a pessoa com histórico de internação em instituição psiquiátrica.

Para além do saneamento do hospital ou da "pura desospitalização", Basaglia operacionaliza o resgate do doente mental do lugar destinado pelo poder institucionalizante e pelos aparatos institucionais, com isso distancia-se tanto do enfoque da experiência inglesa de Comunidade Terapêutica quanto das experiências Institucional e de Setor francesas, assim como,

do movimento norte-americano de desospitalização, fundamentando o termo e a prática da "destruição do manicômio" ou desinstitucionalização.

O âmago da desconstrução do manicômio/saber-prática psiquiátrica é a articulação com os outros saberes e o atendimento comunitário possibilitado como *locus* prioritário da prática, daí o surgimento das realizações sociais que se efetivaram em Trieste descritas por Desviat (1999):

> Hoje em dia, mais de 20 anos [1971-1999] depois de iniciada a experiência basagliana, entrar no velho manicômio de Trieste, o Ospedale S.Giovanni, e percorrer os amplos espaços onde antigamente era enclausurada a loucura, produz – derrubados os muros e recuperados os pavilhões para uso sanitário, profissional, educativo e cívico – uma agradável sensação de bem-estar, de triunfo. Ainda mais quando se tem a sorte de ficar morando, durante esse período, em um pequeno e bonito hotel, o Tritone, às margens da baía de Trieste, administrado por uma das cooperativas de pacientes, ou de almoçar em um de seus restaurantes, ou de passear de bicicleta alugada da empresa social de serviços de saúde mental de Trieste. Tem-se então a convicção de que, à parte suas contradições e além da ocasional precariedade de seu discurso teórico, Trieste está encerrando com êxito uma página da história da psiquiatria na Itália e da história universal do manicômio (p. 48. Grifo nosso).

A experiência triestina também sofreu críticas de "instrumentalização do doente mental" e do perigo "de criar desadaptados" devido ao democratismo da instituição negada em dissonância com a "brutalidade imperante na sociedade dos 'sãos' ", sobre o que, seus representantes argüiram:

> É a nós, muitas vezes, dirigida a acusação de querer instrumentalizar politicamente os doentes mentais, mas aquilo que se percebe é que os doentes foram até agora instrumentalizados politicamente a favor da sociedade *dominante* (o que é a teoria da natureza humana tida como imprevisível, senão a defesa de quem teme ser atacado e, tendo os instrumentos em seu poder, derrotar os perigos potenciais, inabilitando-os?). É isso exatamente o que nós nos recusamos a fazer (...). Este perigo [de criar desadaptados] existe, mas nós o consideramos decisivamente secundário. Em primeiro lugar, a dinâmica interna da comunidade hospitalar [da experiência basagliana] é a coisa menos irrealista, açucarada e artificiosa que se possa imaginar (pelo contrário, a dialética que move as discussões e as resoluções práticas nasce do confronto, muitas vezes exasperado, das tensões internas e das dificuldades que surgem com as exigências colocadas pelo mundo externo, das quais é representante típica a administração do hospital, com as suas exigências e dificuldades financeiras e burocráticas); em segundo

> lugar, a educação para a democracia e para o antiautoritarismo dos internos (mas também, e muitas vezes de maneira acentuada, do pessoal terapêutico) não constitui um hábito "cômodo" que possa triturar-se ao contato com as leis mais brutais da concorrência da sociedade; mas fornece um positivo e útil poder de contestação e um reforço das possibilidades de contraposição pessoal. Estas, não podem mais que jogar a favor de uma inserção ativa fora dos muros do hospital (BASAGLIA et al., 1994, p. 21; 35. Grifo do autor).

O pensamento de tradição basagliana parece destacar como real dificuldade para a transformação o mandato social do hospital psiquiátrico que oscila de um caráter punitivo a um caráter conformizante (pseudo-democrático); a concepção historicamente determinada de doença mental e de cura, permeada por juízos de valor e poder de barganha social e político preestabelecidos por outrem, enquanto o modo de tomar forma da "comunidade hospitalar avançada", pelo contrário, tende a desencorajar o conformismo/dependência e a encorajar a contestação e a crítica. Desta maneira, "o perigo não é tanto criar desadaptados quanto criar rebeldes" o que para Basaglia et al. (1994, p. 36) "seria talvez desejável" uma vez consideradas as "características estruturais não elimináveis do trabalho *psiquiátrico e hospitalar* no sentido atual destes termos".

Uma atualidade no âmbito da assistência psiquiátrica temos, resta-nos o desafio da não importação/cristalização das experiências e conceitos trazidos à luz na segunda metade do recente/passado século XX. Resta-nos mesmo o compromisso da vigilância ativa contra o atavismo manicomial.

No livro que traz uma coletânea de estudos referentes aos saberes e práticas da assistência psiquiátrica no Brasil e na América Latina e que tem o sugestivo título de *Fim de século: ainda manicômios?*, Fernandes (1999) enfatiza:

> Temos hoje pela frente, em relação à reflexão sobre a extinção dos manicômios, que enfrentar um desafio: desvendar as brechas através das quais os processos manicomiais continuam a se insinuar sob as vestes dos novos discursos e das novas práticas. A

> incorporação de um discurso e a criação de novas modalidades de ação em saúde não garantem a extinção dos mecanismos de exclusão e segregação (p. 39).

Trata-se de, no exercício da desconstrução das velhas formas, atentarmos para a "gestão dos riscos" verificada por Castel no contexto do deslumbramento gerado pela Psiquiatria Preventiva norte-americana que acabou por legitimar mais ainda a psiquiatria tradicional (AMARANTE, 1999, p. 52).

Ou como disse ainda Franco Basaglia "o risco do reformismo psiquiátrico" que torna a violência expressa em violência velada e que pode se travestir da "imobilidade abúlica e passiva dos doentes do hospital tradicional" em "um ativismo inconsciente, acrítico e rotineiro", tal qual a manifestação da "tendência à integração: isto é, na falsa liberdade que educa os oprimidos a apresentar exclusivamente pedidos 'razoáveis'" (BASAGLIA et al., 1994, p. 33-4).

Ora, mas a gestão dos riscos, assim como a crítica estrutural ao manicômio, não é novidade no âmbito das reformas na assistência psiquiátrica, já no advento do tratamento moral se questionava a substituição de velhos grilhões por novas amarras, não menos perigosas, mas mais sofisticadas, uma vez que sutis, consentidas, e talvez, por isso mesmo, mais ameaçadoras que as anteriores. Mas por isso mesmo, tal advertência não é descabida, mas situa a necessidade da contestação propugnada pela tradição basagliana, interna e externamente. Considerando-se os riscos atribuídos e os riscos adjacentes à experiência basagliana enquanto referência. Considerar os riscos adjacentes é preocupar-se em compreender a experiência sem a intenção de copiá-la, apropriando-se dela como algo acabado e perfeito para outro lugar que não o seu *locus* de origem. Considerar os riscos atribuídos é desmistificar a incompreensão tida por alguns que se referem a uma tal *"teoria italiana que quer acabar com os hospícios"* ou a uma tal *"decadência dos dias de hoje em que querem fechar os hospitais dos loucos"*, impressões alimentadas pelos que obtêm dividendos com a indústria da loucura, que propugnam a idéia de que o lugar da pessoa com

sofrimento psíquico é no manicômio, onde são *"bem alimentados e protegidos da brutal violência externa*[34]*"* (!?).

Considerando o que é referência e o que é realidade, zelar pela instituição inventada *à brasileira*, que nada mais é do que a viabilização da rede substitutiva (comprovada técnica e financeiramente mais adequada do que o modelo tradicional) e a subscrição da solidariedade e da contratualidade como motivos ativos de compreensão psicossocial da situação da pessoa com sofrimento psíquico.

A passagem de um hospital psiquiátrico tradicional às novas formas de organização da assistência pode percorrer caminhos diversos, conhecido o seu ponto de partida, ou seja, a recusa ao manicômio e suas relações, o ponto de chegada é ainda indeterminado (BASAGLIA et al., 1994), mas já podemos identificar uma certa tendência, estratégias que, diferentemente das tentativas anteriores, começam por subverter, e não reforçar, a lógica hospitalocêntrica. Por certo esta ênfase dentro do "indeterminado" que se constrói traz mais possibilidades do que limites, e mais importante ainda, traz muito mais possibilidades do que o mundo de limites que a institucionalização psiquiátrica trouxe à condição da pessoa institucionalizada.

Historicamente determinada, a instituição psiquiátrica já foi desvelada por muitos estudos psicológicos e sociológicos, hoje conhecemos as contradições desse estabelecimento e muito embora se desenhe na atualidade a necessidade de um outro tipo de "instituição", daí a condição também historicamente determinada da desinstitucionalização, resta-nos o cuidado – que nunca será demais – de não incorrermos na construção de apenas novo *design*, mantendo os

[34] As frases destacadas neste parágrafo foram relatos verbais de pessoas da comunidade que nos questionaram sobre o que se está fazendo no atendimento aos doentes mentais, percebe-se que se trata de opiniões marcadas pela experiência psiquiátrica tradicional, pela desinformação ou mal-informação e correspondente esgar da loucura (o estigma), alimentados pelos detentores da assistência manicomial em artigos e reportagens tendenciosas.

mesmos velhos muros, trata-se da recusa do tentador reformismo de fazer da instituição negada uma nova ideologia com fim em si mesma, uma vez que “na mesma sociedade qualquer ‘afirmação’, mesmo de conteúdo subversivo, torna-se funcional ao sistema” (BASAGLIA et al., 1994, p. 16).

Parece de bom alvitre contra tal cristalização, tão comum nos processos sociais, o intercâmbio dos saberes, a interlocução dos conhecimentos e o acompanhamento das práticas, assim acreditamos que se possam reduzir os limites e ampliar as possibilidades para a construção de práticas sociais produtoras de sentido na sociedade em geral, e em saúde mental, em particular.

Agora vejamos um pouco do *estado das coisas* na realidade latino-americana. Na América Latina, o “sono” da psiquiatria é mais longo e algum fôlego, quando areja o deslumbramento da nova e importada “ciência do mental”, logo é nocauteado pelos regimes de ditaduras. Donde só a partir da década de 1980-1990, as perspectivas de questionamento da psiquiatria asilar irão conquistar algum espaço.

Atentando-se para o agravamento do estado considerado como “subdesenvolvido” ou “em desenvolvimento” dos países latino-americanos, em 1975 o Congresso Venezuelano de Psiquiatria fez uma reflexão sobre a psiquiatria no Terceiro Mundo, cujos problemas patentes de políticas conservadoras, analfabetismo, pobreza, violência, êxodo rural, morte prematura e más condições de saúde se relacionam com o índice crescente de sofrimento psíquico, agravado ainda pelo viés da mercantilização da saúde.

> O Congresso Venezuelano mostrou como a saúde é transformada em mercadoria pelo capitalismo do subdesenvolvimento. Mostrou que o problema da loucura na América Latina é ligado ao problema da marginalização. A morte não é apenas o fim natural dos dias, afirmou o Congresso. Também é morte precisar buscar saídas em soluções imaginárias e individuais, como a loucura e as neuroses. A morte dada ao homem pelo

> homem aparece claramente nos dramas psiquiátricos, como produto necessário à combustão do sistema social (SERRANO, 1986, p. 89-90).

Pitta-Hoisel (1984) aborda algumas tentativas latino-americanas de reestruturação da assistência psiquiátrica, onde destaca as experiências do Chile, do México e da Colômbia, assim como a do Brasil – sobre este último dedicaremos o item 2.2. E destaca que a América Latina, enquanto periferia da ordem capitalista, também sofreu influências do que se discutia e fazia nas grandes potências, particularmente, nos EUA.

Segundo esta autora, já em 1974 a Organização Mundial da Saúde preconizava a reorientação dos serviços psiquiátricos latino-americanos, fundamentando-se na descentralização e integração dos serviços de saúde mental à saúde pública e na valorização da pesquisa acerca das formas de reestruturação psiquiátrica. No entanto, à revelia de tais recomendações, a avaliação dez anos depois (1984) mostrou uma realidade desanimadora, onde sobressaiu-se a constatação, apenas de "planos pilotos e/ou projetos experimentais circunscritos a determinadas áreas geográficas" (p. 34). Constatando-se ainda a disparidade da cobertura da assistência entre as áreas urbanas e as rurais, além da já referida relação entre questões de saúde e desenvolvimento socioeconômico.

> Nas áreas urbanas, embora precário, ainda se encontra algum sistema implantado. Nas áreas rurais a não assistência é a regra. De sorte que, as recomendações contidas naquele último documento da OMS são muito semelhantes ao que já se falava em 1974 com ênfase nas palavras descentralização, trabalhos comunitários e delegação de ações, e, embora enfatizassem a articulação, dos problemas de saúde mental com questões mais amplas de saúde pública e desenvolvimento sócio-econômico como alimentação, saneamento, educação, etc. chamava a atenção para que os países pudessem desenvolver políticas específicas para o setor (PITTA-HOISEL, 1984, p. 33-4).

Com relação às experiências que se destacaram na década de 1970, Pitta-Hoisel (1984) cita:

- No Chile, a psiquiatria comunitária de Marconi, no período de 1967 a 1973 – a “revolução cultural chilena em programas de saúde mental” – como a contribuição teórico-prática “de maior fôlego entre os latino-americanos” (p. 37). Marconi diferenciou três modelos de assistência de saúde mental: a) asilo-hospital psiquiátrico; b) unidade de saúde mental; c) programa integral. Nesses três segmentos, do primeiro ao terceiro, dá-se uma ordem crescente de autonomia do serviço e dos sujeitos envolvidos, e uma ordem decrescente de autoritarismo.

> Marconi pode desenvolver na província de Santiago do Chile e mais tarde em Córdoba, Argentina, experiências singulares tanto do ponto de vista de implantação de programas, quanto de estudos epidemiológicos de prevalência de enfermidades mentais (os primeiros latino americanos). Lamentavelmente, ambas as experiências foram coartadas pelos regimes militares que se instalaram nos dois países (PITTA-HOISEL, 1984, p. 40).

- No México, ocorreu, na parte norte da Cidade do México, a experiência-piloto de uma unidade de saúde mental em centro de saúde pública. Essa experiência se assemelhava aos modelos dos Centros Comunitários norte-americanos e para Doring apud PITTA-HOISEL (1984, p. 45) “tem caído nas mesmas contradições, vícios e deficiências que pretendiam superar com relação a ‘La Castañeda’, antigo receptáculo dos horrores sociais da nossa sociedade”.

- Em Cali, na Colômbia, desenvolveu-se um programa de saúde mental que se destacou pelo volume de publicações a seu respeito e emergiu como “a mais famosa incursão no campo dos programas de atenção à saúde mental na América Latina” (p. 46). Porém, embora essa experiência se comprometesse com o desenvolvimento de programas regionais de saúde, pautados nos cuidados primários em saúde mental, “a inserção comunitária deste serviço parece refletir a transposição mecânica assinalada [pelos seus registros] e a pobre articulação com o tecido social onde se situa” (p. 48).

Já Serrano (1986) destaca o empenho acerca da problematização da psiquiatria na Argentina, onde durante toda a década de 1970 as associações psiquiátricas debateram o papel desta disciplina.

Com a coordenação de Alfredo Moffatt e após discussões sobre psiquiatria social, uma equipe resolveu "trabalhar nas dependências de fundos do Hospital Nacional Borda de Buenos Aires. Ali foi criada a Comunidade Popular Peña Carlos Gardel, uma das mais impressionantes experiências de psiquiatria alternativa no mundo. Ela durou de 1971 a 1973" (SERRANO, 1986, p. 92). A psiquiatria propugnada por Moffatt contrapunha-se à importação de soluções européias ou norte-americanas e defendia o resgate dos costumes populares dos argentinos. Essa experiência também foi interceptada pela ditadura militar.

> Moffatt afirma que a Peña desmascarou a submissão como falso critério de saúde mental e propôs outros padrões de sanidade para o povo: a sanidade de assumir sua identidade pessoal e cultural (...) A equipe da Peña fez uma mobilização entre os pacientes, conscientizando-os da necessidade de conquistar um mundo melhor dentro do hospital e em seguida de lutar para se reintegrarem com o mundo de fora do hospital (SERRANO, 1986, p. 93-4).

Porém é a partir da década de 1990 que a transformação da assistência psiquiátrica deslancha oficialmente na América Latina com a Iniciativa para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica aprovada por aclamação na Conferência de Caracas na Venezuela em 1990, originando a chamada Declaração de Caracas. Segundo Venturini (1998), a partir desta Conferência inicia-se um extraordinário processo de transformações na assistência psiquiátrica do continente.

A Declaração de Caracas postula a necessidade da vinculação entre a atenção psiquiátrica e a atenção primária dentro do sistema local de saúde, assim veiculando por um lado a descentralização da atenção psiquiátrica do hospital psiquiátrico e, por outro, viabilizando o

crescimento do atendimento comunitário. Propõe ainda a reformulação do contexto jurídico visando à ênfase nos direitos humanos e civis dos pacientes (LEVAV; RESTREPO; MACEDO, 1994).

Mas, à margem das intenções da OMS e da OPS, os países latino-americanos inscrevem-se num misto de tentativa de mudança, escassas perspectivas e visível perplexidade, cujo mérito empreendedor que se sobressai é do movimento de luta antimanicomial que tem conseguido envidar esforços para fortalecer a transformação através de articulação entre os países do continente.

No Simpósio "Fim de Século: Ainda Manicômios?", realizado em São Paulo-Brasil em 1997, e palco de discussões sobre as políticas públicas, especificamente de saúde mental, no marco do neoliberalismo na América Latina, estiveram presentes representantes de Cuba, do México e do Uruguai, onde destacou-se a aliança entre países latino-americanos presentes no Simpósio, empenhados não apenas na análise política do cenário neoliberal e na ampliação do conceito antimanicomial, mas também na defesa e proposição de formas concretas de atenção substitutivas aos manicômios (FERNANDES; SCARCELLI; COSTA, 1999).

No referido Simpósio, o representante do México enfatizou:

> É preciso esclarecer que, no México, as experiências de estruturas intermediárias, de atenção psiquiátrica em hospitais gerais e de centros comunitários para usuários é quase inexistente. Longe de contar com um programa para a sua criação, o número destas alternativas tem diminuído. (...) A luta antimanicomial no México não existe. (...) Pouco se sabe sobre as recomendações da Organização Panamericana da Saúde delineadas na "Declaração de Caracas", as conclusões da reunião de Segovia sobre a Continuidade de Cuidados (Espanha, 1996), os objetivos da reabilitação psicossocial propostos pela Associação Mundial de Reabilitação Psicossocial e publicados pela OMS, as lutas de setores sociais e políticos comprometidos em modificar as condições de vida dos sujeitos com sofrimento mental severo como é o caso do Brasil, para mencionar algumas propostas que se suscitam como alternativas frente ao sofrimento que as psicoses produzem (VELASCO, 1999, p. 87-90).

Esse depoimento nos faz refletir sobre quantos dos países latino-americanos vivem essa realidade descrita pelo representante do México, à revelia do entusiasmo comemorado pela Declaração de Caracas? – E isso porque contamos, desde a década de 1940, com o mérito do planejamento estratégico em saúde na América Latina. A Declaração foi e é importante para a reestruturação da assistência psiquiátrica no continente, uma vez que se trata da força de um documento oficial. Mas a reestruturação concreta na América Latina tem-se fortalecido, em considerável parte, às expensas do movimento de Luta Antimanicomial, existente em alguns países deste continente, que aglutina trabalhadores de saúde mental, pacientes e familiares, articulando-se também a outros movimentos sociais latino-americanos.

Levav et al. (1989), em estudo sobre as necessidades dos serviços de saúde mental na América Latina e Caribe, no período entre 1985 até 2000, estimaram que 88,3 milhões de pessoas sofreriam transtornos psiquiátricos, o que representa um aumento de 48,1% de 1985 para 2000 e advertiram que as autoridades, os administradores e os profissionais de saúde mental deveriam considerar o aumento da demanda dos serviços para a obtenção da defasada meta de Alma-Ata (1978) de “saúde para todos no ano 2000”.

Cinco anos após o proposto pela meta, doenças clínicas e transtornos mentais se multiplicam no mundo pós-moderno e superespecializado da medicina e da psiquiatria, a mentalidade manicomial ainda é bastante presente, fazendo com que os seus muros não sejam apenas de tijolo e argamassa, portanto deve-se juntar à luta pela construção da saúde no continente e a rede substitutiva em saúde mental, uma nova meta porque a meta de “saúde para todos” requer irremediavelmente participação social organizada ou torna-se só mais uma idéia messiânica de fim de século e *uma sociedade sem manicômio* é uma luta que se impõe diariamente, um “túmulo” que só se tornará passado com a vigilância do presente.

3.2 BRASIL: "UM HOSPÍCIO PARA OS LOUCOS" *X* "POR UMA SOCIEDADE SEM MANICÔMIOS"

> As más línguas disseram desde logo que a Ciência e a Caridade não haviam entrado no Hospício, pois que suas estátuas foram colocadas fora dos muros ao lado dos degraus do pórtico granítico. PINEL e ESQUIROL ficaram no saguão de entrada, a se entreolharem, sôbre um belo piso com a sua rosácea de mármore colorido. Guardavam a entrada das duas seções principais, que levavam também seus nomes.
>
> (Leme Lopes, 1965, sobre as sete estátuas de mármore de Carrara encomendadas para o "embelezamento" da instalação do Hospício Pedro II, obra suntuosa, em sua época considerada como o mais belo edifício da América do Sul).

"Por que medidas a Câmara Municipal pode prevenir a presença dos doidos nas ruas? Por que meios coercitivos podem impedir que eles sirvam de divertimento aos que transitam? Só existe um: é a fundação de um hospício de doidos"[35] (XAVIER SIGAUD, 1835 apud PAIM, 1980, p. 5).

Porões da Santa Casa de Misericórdia, prisões e casas de correção, celas dos Asilos de Mendicidade, ruas da cidade: eis o destino dos loucos no Brasil, antes de serem considerados doentes, e, portanto, diferentes dos mendigos e dos criminosos.

Segundo Paim (1980), dois fatos importantes contribuíram para o aparecimento dos primeiros trabalhos dedicados aos estudos dos problemas relacionados com a patologia mental, no Brasil. Foram eles: primeiro, a mudança da Corte Portuguesa para o Rio de Janeiro, em 1808, acontecimento que determinaria profundas transformações nos meios culturais e científicos do país[36] e segundo, o aparecimento do primeiro jornal de medicina, fundado pelo

---

[35] Fragmento de um artigo do Dr. J. F. Sigaud publicado no *Diário da Saúde* em 1835 e intitulado *Reflexões acerca do trânsito livre dos doidos pelas ruas da cidade do Rio de Janeiro*, em que protesta contra as más condições de assistência aos doentes mentais e sugere a construção de um hospital para assisti-los.

[36] "Em companhia do Príncipe Regente, futuro D. João VI, que exercia o governo em nome de D. Maria I, cognominada a Rainha Louca, veio, como primeiro cirurgião da Corte, o ilustre médico pernambucano José Correia Picanço (1745-1823), na época, lente jubilado de Anatomia e Cirurgia da Universidade de Coimbra e cirurgião-mor do Reino" (PAIM, 1980, p. 1).

médico francês radicado na Corte, José Francisco Xavier Sigaud (1796-1856), tal jornal fora denominado como o "Propagador das Ciências Médicas" ou "Anais de Medicina, Cirurgia e Farmácia", sendo o primeiro trabalho, publicado no número inicial, a transcrição de uma memória de A. E. Jessé Bayle (1795-1858) intitulada "Sobre as alucinações dos sentidos", onde o autor estuda as alucinações em duas formas de alienação mental: nos melancólicos e nos monomaníacos. No segundo tomo é publicado um trabalho do Dr. Victor Broussais "Sobre a Epilepsia" e outro estudo de Bayle "Nova doutrina das moléstias mentais".

> O jornal de Sigaud durou apenas dois anos [quatro tomos publicados de 1827 a 1828], mas já estavam criadas as condições para reunir os profissionais da medicina, as suas figuras mais ilustres, em uma sociedade que, no dizer de um dos seus fundadores, "promovesse no país o gosto pelos estudos médicos, os interesses e o progresso da ciência". Assim, em 28 de maio de 1829, reuniram-se os médicos José Francisco Sigaud, Joaquim Cândido Soares Meireles (1797-1868), Luiz Vicente De-Simoni (1792-1881), José Martins da Cruz Jobim (1802-1878) e João Mauricio Faivre e fundaram a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro. O acontecimento foi registrado em uma ata, publicada posteriormente no primeiro número do "Seminário de Saúde Pública", aparecido em 3 de janeiro de 1831, como órgão oficial da Sociedade de Medicina (PAIM, 1980, p. 3).

A primeira referência de protesto público contra o "modo desumano" como eram tratados os doentes mentais no Brasil surge, então, por parte da Comissão de Salubridade da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, em relatório escrito em 1830, pelo Dr. José Martins da Cruz Jobim. A ênfase do relatório era "a necessidade de melhorar a sorte desses enfermos e conseguir um local mais apropriado para a sua internação e tratamento" (CRUZ JOBIM, 1830 apud PAIM, 1980).

Aos protestos do Dr. Cruz Jobim, somam-se os do Dr. Antonio Luiz da Silva Peixoto – defensor da primeira Tese brasileira relativa a problemas dos transtornos mentais em 1837; do Dr. Luiz Vicente De-Simoni – médico italiano fixado no Rio de Janeiro, responsável pela assistência médica aos enfermos mentais internados na Santa Casa e autor do artigo

intitulado “Importância e necessidade da criação de um manicômio ou estabelecimento especial, para o tratamento dos alienados”, publicado em 1839 na Revista Médica Fluminense; do Sr. José Clemente Pereira – português, Provedor da Santa Casa de Misericórdia e autor do relatório de 15 de julho de 1841 encaminhado ao Ministro do Império, discorrendo sobre “a necessidade de dar-se princípio a um hospital destinado privativamente para o tratamento dos alienados”, sendo à Santa Casa confiada a sua administração[37] (PAIM, 1980).

Em 18 de julho de 1841, data da sagração e coroação do segundo imperador, D. Pedro assina o decreto n. 82 que delibera a criação do Hospício Pedro II[38].

Daí dizer-se que no Brasil observa-se a chegada do hospício, antes mesmo da psiquiatria e dos psiquiatras (FIGUEIREDO, 1988). A psiquiatria quando chega, só no período republicano, vem orientada pelo saber dos mestres alienistas franceses e alemães, com os psiquiatras brasileiros formados na França ou influenciados pelo pensamento alemão. Teixeira Brandão e Juliano Moreira no Rio de Janeiro, Francisco Franco da Rocha em São Paulo, para citar os centros de difusão da psiquiatria no Brasil.

---

[37] Trecho final do relatório de José Clemente Pereira encaminhado ao Ministro do Império: “Digne-se V. Excia. de levar todo o referido à soberana presença de S. M. Imperador, para que haja por bem ordenar o que for mais de seu império agrado, e fará um ato que eternizará o fausto dia da sagração e coroação do mesmo Augusto Senhor, a fundação de um hospital de alienados que poderia tomar o nome de Hospício Pedro II”. Trecho inicial do decreto imperial n. 82: “Desejando assinalar o fausto dia de minha sagração com a criação de um estabelecimento de pública beneficência: hei por bem fundar um hospital destinado privativamente para tratamento de alienados com a denominação de Hospício Pedro II, o qual *ficará anexo ao Hospital da Santa Casa de Misericórdia* desta Corte, debaixo de minha imperial proteção (...)” (PAIM, 1980, p.8-9).

[38] Ao Provedor da Santa Casa foi enviado o seguinte ofício: “Sua Majestade o Imperador, tomando em sua alta consideração o que V. Excia. expendeu como provedor da Santa Casa de Misericórdia desta Corte, em ofício de 15 do mês passado, houve por bem determinar por decreto de 18 do referido mês, do qual se lhe remete a inclusa cópia para seu conhecimento e execução, a criação do Hospício Pedro II, privativamente destinado ao tratamento dos alienados, *ficando aquele estabelecimento anexo ao hospital da Santa Casa* debaixo da imperial proteção do mesmo Augusto Senhor...” A construção do hospício durou aproximadamente dez anos, sua inauguração ocorreu em 5 de dezembro de 1852, subordinado ao hospital da Santa Casa, conforme estabelecia o decreto imperial (PAIM, 1980, p. 9-10. Grifo do autor).

Quanto ao fato da anexação do Hospício à Santa Casa de Misericórdia, Paim (1980) comenta que isso acarretou um atraso de pelo menos 45 anos no desenvolvimento da psiquiatria nacional[39].

> (...) É de justiça reconhecer que, no espírito do grande homem que foi José Clemente Pereira não existia o mínimo traço de má fé ou de esperteza, quando incluiu nas trocas de documentos com o Governo a cláusula de anexar o Hospício à Santa Casa de Misericórdia. Esta cláusula, aparentemente simples, lógica e coerente, determinou um atraso de quarenta e cinco anos no desenvolvimento da psiquiatria em nosso país (p. 10).

Em 1852, foi criado em São Paulo, o Asilo Provisório de Alienados. Porém, se o hospício da rua São João em São Paulo era contemporâneo do Hospício Pedro II no Rio de Janeiro, qualquer comparação entre as duas instalações seria ridícula. Abrigado em edifício especialmente construído para a finalidade, o Hospício da Corte não amargou as vicissitudes de se acomodar em improviso permanente como sucedeu com a casa paulista até o final do século XIX (1898), quando então, instala-se, nas proximidades do Rio Juqueri, que inspirou seu novo nome – Hospício de Juqueri –, em região afastada do centro da Capital, em local de paisagem natural e agradável como preconizava o tratamento dos insanos e a assepsia da comunidade (FIGUEIREDO, 1988; TICLI, 2000).

Dez anos depois da inauguração do Hospício Pedro II no Rio de Janeiro, recrudescem os protestos contra os maus-tratos com os doentes mentais. Manoel José Barbosa – médico do Hospício de 1853 a 1857 e diretor do serviço médico em 1866 –, em relatório de 1862, escreve: “Temos recebido, por vezes, alguns alienados apresentando contusões e mesmo ferimentos de alguma gravidade; outros amarrados ou pelo menos trazendo ainda sinais de que o

[39] O hospício paulista, em suas novas instalações e com independência administrativa, então Hospício de Juqueri, veio a se instalar em 1898, aproximadamente 45 anos depois da criação do Pedro II no Rio de Janeiro.

foram" (BARBOSA, 1862 apud PAIM, 1980. p. 12). O problema da superlotação, que já existia antes do segundo ano de funcionamento do Hospício, torna-se insustentável em 1862. Nesse ano, o então provedor Marquês de Abrantes proibiu, a partir de maio, novas admissões, retornando os loucos a serem encaminhados ao Asilo de Mendicidade e às cadeias públicas.

Teixeira Brandão – médico psiquiatra propugnador das idéias de Pinel e Esquirol – dirige um veemente protesto, em 1886, contra o mal-estar da assistência aos doentes mentais, protesto plenamente coerente com a situação do atendimento disponível e com a secundarização dada ao conhecimento científico da psiquiatria mundial.

> Na época em que o Prof. Teixeira Brandão levantou o seu protesto, o Asilo de Mendigos abrigava 350 alienados, quando sua capacidade era para 200 mendigos, recolhidos nas ruas do Rio de Janeiro. Os doentes mentais recolhidos ao asilo dos mendigos não encontravam ali nenhuma assistência e tratamento. Aos enfermos agitados, era costume colocá-los dentro de um caixão de madeira destinado a enterrar os mendigos mortos, pregar alguns sarrafos no lugar da tampa e abandoná-los às intempéries. É fácil concluir que o destino desses pobres infelizes era o caminho do cemitério (PAIM, 1980, p. 13).

Apresentava-se caótica a situação dos alienados, os alienistas brasileiros demonstravam insatisfação com a autoridade das irmãs da Santa Casa de Misericórdia que detinham todo o poder sobre os alienados, assim dirigiram críticas contundentes contra a ausência de visão especializada para o tratamento dos doentes mentais[40]. Desde então, já se tinha iniciado no Brasil a crítica ao tratamento empregado aos alienados. Mas a crítica dos alienistas girava em torno da autoridade sobre os insanos, defendendo tal autoridade para o discurso científico e assim para a especialidade médica mental e para eles próprios como profissionais competentes.

[40] "A função mais importante do manicômio no Brasil não foi, desde os inícios, atribuída aos médicos, sendo estes um complemento, às vezes dispensável, de uma organização cujos fins eram de proteção social e secundária e, eventualmente, curativos" (MEDEIROS, 1977 apud FIGUEIREDO, 1988, p. 119).

Ainda Paim (1980) nos diz que a partir da fundação, no Rio de Janeiro, do Hospício Pedro II e, em São Paulo, do Asilo Provisório de Alienados, ambos em 1852, até fins do século XIX, cuidava-se apenas da reclusão dos alienados, sem que surgisse, de parte do governo imperial ou dos legisladores, a preocupação com medidas legais para assegurar os seus direitos. Nesses termos os alienados eram reclusos para efeito de limpeza da cidade, encerrados em regime asilar onde passavam os dias à margem de qualquer tratamento.

Segundo Ticli (2000), já na época do Brasil Colonial e Imperial, havia discussões sobre os problemas advindos da existência na sociedade de infratores das leis em vigor. Contudo foi na República, com o processo de higienização e disciplinarização do espaço urbano idealizado pelas elites republicanas, que se difundiram amplamente os mais variados instrumentos de controle social. Os administradores públicos empenham-se em estabelecer um complexo de instituições disciplinares adequadas para retirar das ruas os “cidadãos indesejáveis” que vagueavam pelas cidades, os quais não se enquadravam na imagem ideal da vida urbana e civilizada, incomodando a incipiente sociedade republicana.

No final do século XVIII e no decorrer do século XIX, foram criados pelas elites médicas e policiais republicanas, regras e modelos sanitários, urbanísticos e arquitetônicos que evidenciavam o poder do Estado e da burguesia, buscando disciplinar o cidadão e integrá-lo ao mundo do trabalho. Difunde-se o saneamento básico, propaga-se a construção de grandes avenidas, promove-se a hierarquização dos espaços na cidade, preconiza-se a classificação dos diferentes tipos de indivíduos que povoavam as cidades e inicia-se a construção de diversas instituições disciplinares como Casa de Câmara e Cadeia, Casa de Detenção, Casa de Correção, Cadeia, Prisão, Presídio, Colônia Agrícola, Colônia Penal, Penitenciária, Manicômio Judiciário, Manicômio, Asilo para Alienados ou Idosos, Hospício, Hospital Colônia, Educandário e Orfanato. Estas instituições deveriam se apresentar como paradigmas de uma sociedade

preocupada em construir uma cidade ordenada, disciplinada e civilizada e deveriam representar justamente o oposto das condições precárias apresentadas pelas instituições disciplinares do Império. Refletem formas diversas de buscar os mesmos objetivos, vigiar e retirar das ruas os cidadãos geralmente pobres, doentes, infratores. Em geral é o Estado que se encarrega de financiar a construção destes prédios que, freqüentemente, são implantados na periferia das cidades (TICLI, 2000). Nas margens da cidade, depositava-se o que se encontrava à margem da ordem sociopolítica e econômica. O limite do aceitável faz o recorte na sociedade e da sociedade.

Instaurada a República, na passagem do século XIX (1890), os protestos dos psiquiatras atingem, enfim, seu mais caro objetivo, o hospício é laicizado e os alienistas passam a deter o poder sobre os alienados. Sob o discurso médico, o tratamento dos alienados torna-se especializado, porém, de asilar a custodial, permanece com pouca ou nenhuma atenção aos direitos dos chamados insanos.

> Pode-se estabelecer grosseiramente o período imediatamente posterior à proclamação da República como o marco divisório entre a psiquiatria empírica do vice-reinado e a psiquiatria científica, a laicização do asilo, a ascensão dos representantes da classe médica ao controle das instituições e ao papel de porta-vozes legítimos do Estado, que evocara a si a atribuição da assistência ao doente mental, em questões de saúde e doença mental, tal como a gravidade da situação exigia (RESENDE, 1994, p. 43).

Porém os hospitais psiquiátricos permanecem como grandes instituições impessoais cuja superlotação e maus-tratos torna-se um lugar comum. A crítica do hospício e as perspectivas, tanto centralizadora quanto descentralizadora, multiplicam esta instituição por todo o Brasil, através da criação de novos hospícios ou de colônias psiquiátricas. Inicialmente o motivo administrativo sedimentou a centralização da assistência, daí a criação dos grandes e

modelares hospícios nas grandes cidades[41] (Confira Quadro 2). Com a "surpresa" de suas superlotações, entra em cena a política da descentralização, que legitima a criação de hospitais psiquiátricos em áreas de referência regionais, isto gerou no Estado de São Paulo, os chamados "filhos de Juqueri" devido à "exportação" de pacientes daquele Hospício, constituindo o famigerado fenômeno de "desafogamento do Juqueri", porém, consideramos mais apropriado dizer "filhos do café", pois a tendência da descentralização psiquiátrica se expandiu com a ampliação da rede ferroviária trazida pela expansão da economia cafeeira[42].

A construção dos hospícios passa a representar o progresso da ciência médica mental e a modernização das cidades. Conforme o Quadro 2, ainda no século XIX, o Brasil teve 21 locais para internamento de doentes mentais e, até 1954, tinha 56 desses estabelecimentos, porém, o número real deveria ser bem maior, pois só na cidade de Ribeirão Preto-SP foram criados o Sanatório Esquirol, o Sanatório Emboaba e o Asilo para Dementes Dr. Bezerra de Menezes na década de 1940; o Sanatório Santa Catarina e o Sanatório Espírita Vicente de Paula instalados na década de 1950.

---

[41] "Como era de se esperar, a população de internados, condenados a um caminho sem retorno, não cessou de crescer; a construção de novos hospitais ou a ampliação dos já existentes eram meros paliativos e as demandas por mais verbas e mais leitos a tônica dos relatórios e conclusões de encontros e congressos de especialistas" (RESENDE, 1994, p. 52).

[42] Guimarães, J. Sobre a Criação do Hospital Santa Teresa de Ribeirão Preto: outras raízes de uma história. Dissertação (Mestrado). Ribeirão Preto: EERP-USP, 2001.

Quadro 2: Seqüência do surgimento de locais para internamento de doentes mentais no Brasil

ANO	CIDADE	INSTITUIÇÃO
1841	Rio de Janeiro	Asilo Provisório (em casa situada no terreno onde se construía o Hospício Pedro II)
1852	São Paulo Rio de Janeiro	Hospício Provisório de Alienados Hospício de Pedro II
1860	Rio de Janeiro	Casa de Saúde Dr. Eiras
1864	São Paulo Olinda-Recife	Hospício de Alienados (Ladeira de Tabatinguera) Hospício da Visitação de Santa Isabel
1865	Belém	Enfermaria do Hospital de Caridade
1873	Belém	Hospício de Alienados (Vizinhança do Hospital dos Lázaros)
1874	Salvador	Asilo de S. João de Deus
1875	Paraíba	Enfermaria do Hospital da Santa Casa de Misericórdia
1878	Niterói	Enfermaria do Hospital de São João Batista
1883	Recife	Hospício de Alienados (Tamarineira)
1884	Porto Alegre	Hospício S. Pedro (o "cadeião")
1886	Fortaleza	Asilo de Alienados de S.Vicente de Paula (Porangaba)
1890	Rio de Janeiro	Colônias São Bento e Conde Mesquita (Ilha do Governador)
1891	Maceió	Asilo Santa Leopoldina
1892	Belém	Hospício de Alienados (Marco da Légua)
1893	Paraíba	Asilo do Hospital Santa Ana (Cruz do Peixe)
1894	Manaus	Hospício Eduardo Ribeiro
1895	Sorocaba (SP)	Hospício de Alienados
1898	São Paulo	Hospício do Juqueri
1903	Barbacema (MG) Curitiba	Hospital Colônia Hospício N.S. da Luz (Campo do Aú)
1904	Barra do Piraí (RJ)	Colônia de Alienados de Vargem Alegre
1905	Teresina Cuiabá	Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia Enfermaria do Hospital de Misericórdia
1905 – 1941	Teresina Cuiabá São Luís Cachoeiro do Itapemirim-ES	Hospital Psiquiátrico Areolino Abreu Asilo de Alienados Hospital Colônia Nina Rodrigues Asilo Deus, Cristo e Caridade (Espírita)
1911 1911	Rio de Janeiro Natal	Colônia do Engenho de Dentro (para mulheres) Hospício de Alienados (no Antigo Lazareto da Piedade)
1918	São Paulo	Atendimento Médico no Recolhimento das Perdizes (Posto Policial)
1921	Rio de Janeiro Rio de Janeiro	Sanatório Botafogo Manicômio Judiciário
1922	Belo Horizonte	Instituto Neuro-Psiquiátrico
1923	Rio de Janeiro	Colônia de Jacarepaguá (para homens)
1927	Oliveira (MG)	Hospital Colônia
1927	Paraíba	Hospital Colônia Juliano Moreira e Sanatório Clifford Beers
1929	Barbacena (MG)	Manicômio Judiciário
1931	Barreiros (PE)	Hospital Colônia (para homens)
1933	São Paulo	Manicômio Judiciário
1936	São Paulo Fortaleza Recife	Hospitais de Psicopatas da Penha e de Perdizes Casa de Saúde particular (Drs. Picanço e Vandik Ponte) Sanatório Recife
1938	Rio de Janeiro	Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil
1940	Aracaju	Hospital Colônia Eronides de Carvalho
1942	Florianópolis	Hospital Colônia de Santa Ana
1943	Salvador Rio de Janeiro	Sanatório Bahia Centro Psiquiátrico Nacional (Eng. de Dentro)
1944	Vitória Ribeirão Preto (SP)	Hospício de Alienados (Ilha da Pólvora) Hospital Psiquiátrico Santa Teresa
1940 – 1950	Maceió Goiânia Aracaju	Hospital Colônia Portugal Ramalho Hospício de Alienados Hospital Colônia Adauto Botelho
1954	Vitória	Hospital Colônia Adauto Botelho (Cariacica)

Fonte: RESENDE, 1994. p. 48-50.

A primeira reforma psiquiátrica no Brasil foi o modelo de descentralização através da implantação de colônias, na década de 1920, inspirado em experiências européias, cuja referência era a "prática natural" da aldeia belga de Geel, apoiada no princípio da utilização do trabalho que deveria "fazer a comunidade e os loucos conviverem fraternalmente, em casa ou no trabalho" (AMARANTE, 1994, p. 76).

Ainda na década de 1920, a psiquiatria brasileira incorpora o ideal de eugenia[43], que se estenderá até a década de 1930, quando se somará à ênfase nas descobertas dos choques insulínico, cardiazólico, eletroconvulsoterapia e lobotomia. Com essas influências, o asilamento se torna mais forte e freqüente e, na década de 1950, tem-se o descobrimento e introdução dos neurolépticos. Na década de 1960, com a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões, é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), dando-se ampla privatização da psiquiatria no Brasil, o que faz proliferar o número de vagas e internações em hospícios psiquiátricos privados. No dizer de CERQUEIRA (1984a, p. 223), "com o advento do INPS foi reforçada a nascente indústria do leito hospitalar contratado, pois o leito próprio, que em psiquiatria não chegou a existir, foi oficialmente considerado desvantajoso para a Previdência". Assim a década de 1960 e a de 1970 deflagram a mercantilização da doença mental, no fenômeno que ficou conhecido como a "indústria da loucura" pela definição lapidar de Carlos Gentile de Melo (médico sanitarista). Nesse período, as propostas mais inovadoras com ênfase na atenção primária não logravam êxito, mesmo as encaminhadas por órgãos oficiais, como por exemplo, no Estado de São Paulo, o Manual de Serviço para Assistência Psiquiátrica, elaborado oficialmente e aprovado formalmente em 19/07/1973 que, segundo o Prof. Luiz Cerqueira, foi "sabotado desde seu primeiro dia", assim como a Portaria n. 32, de janeiro de 1974:

---

[43] Sobre a atuação da Liga Brasileira de Higiene Mental e seu ideal eugênico, confira COSTA, J. F. *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

> Ambos, porém, continuam letra morta, só para não diminuir os lucros da empresa de saúde nem demonstrar a fragilidade do modelo médico tradicional exclusivo, defendido por outros tantos psiquiatras reacionários encarapitados nas cátedras, nas cúpulas administrativas e nos ricos consultórios privados. Conseguem leis, financiamentos, privilégios (CERQUEIRA, 1984a, p. 224-5).

O Manual e a Portaria 32 propugnavam a diversificação da oferta com ênfase na assistência extra-hospitalar. Outra ação de cunho diferenciado em prol dos serviços extra-hospitalares, no que diz respeito ao Estado de São Paulo ainda na década de 1970, foram os convênios da Secretaria de Saúde com 17 Faculdades vinculando à Coordenadoria de Saúde Mental – em 1972, então gestão do Prof. Luiz Cerqueira[44] como Coordenador de Saúde Mental do Estado – o desempenho destas Faculdades. Os convênios obrigavam "as mesmas [faculdades] a adestrarem os alunos em serviços próprios ou contratados de assistência extra-hospitalar, pesquisas epidemiológicas e supervisão, além das práticas hospitalares tradicionais" (CERQUEIRA, 1984a, p. 243).

O modelo privatizante da saúde das décadas de 1970/1980 aplicado à psiquiatria nos faria amargar mais tantos anos de atraso no que concerne às políticas e práticas mundiais da área. Pois quando o mundo já experimentava soluções comunitárias para a questão psiquiátrica, no Brasil, donos de hospitais psiquiátricos vinculados aos escalões superiores das instituições de saúde "são responsáveis diretos por portarias e decretos privilegiando a hospitalização como *a solução brasileira* para o problema da doença mental numa época em que o mundo inteiro já clamava pelo contrário" (PITTA-HOISEL, 1984, p. 55).

---

[44] O Prof. Luiz Cerqueira permaneceu na Coordenação de Saúde Mental do Estado de São Paulo de 1972 até o início de 1974. Breve e diferenciado tempo da gestão deste órgão, com a visão comunitária-política, deste discípulo do Prof. Ulisses Pernambucano, reformador pioneiro da psiquiatria brasileira. Os referidos convênios foram estabelecidos com 15 Faculdades de Medicina do Estado e com a Faculdade de Saúde Pública e a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, estas duas últimas da Universidade de São Paulo.

Na década de 1980, instala-se a crise que obriga o Estado a intervir, criando o processo de Co-Gestão entre o Ministério da Saúde e da Previdência Social e, também, o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdencária (CONASP, criado em 1981). Ao CONASP foi deliberada a elaboração de um plano de reorientação da assistência psiquiátrica – o Plano de Reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária que ficou conhecido como "o Plano do CONASP". Esse Plano preconizava diretrizes gerais coincidentes com as postulações técnicas da assistência extra-hospitalar da OPS/OMS e os princípios da insurgente reforma sanitária brasileira tais como descentralização, regionalização, hierarquização e fortalecimento da intervenção do Estado.

Durante esse processo, surgem ainda as Ações Integradas de Saúde (AIS), os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) e o Sistema Unificado de Saúde (SUS). Trata-se do processo de Reforma Sanitária brasileira, cujos princípios de eqüidade, descentralização, hierarquização, regionalização e participação são inscritos na Constituição de 1988, em vigor (AMARANTE, 1994).

As reivindicações "por uma sociedade sem manicômio" são deflagradas no final da década de 1970, com a organização do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), apoiado por trabalhadores de saúde mental, usuários dos serviços, familiares dos usuários, e articulado a outros movimentos sociais. A reflexão acerca da assistência psiquiátrica brasileira tem a influência do pensamento de Franco Basaglia[45] e do desenvolvimento do

[45] A concepção basagliana de desinstitucionalização da psiquiatria foi trazida ao Brasil pelo próprio Franco Basaglia em conferências proferidas em São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte, em junho e julho de 1979. Estas conferências estão transcritas no livro *Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. São Paulo: Ed. Brasil Debates, 1982. Pensando no caso brasileiro de atenção substitutiva hoje, vale uma dissecação da frase basagliana que acreditamos imprimiria maior alcance da atuação dos novos serviços: contra a mesmice da *razão social* de muitos serviços substitutivos, o pioneirismo de estratégias para a autonomia prática dos usuários destes serviços.

movimento de reforma sanitária e o de reforma psiquiátrica que traz em seu bojo o contexto de uma luta maior da sociedade brasileira pela redemocratização.

> Nos primórdios do movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira contemporânea a questão reduz-se fundamentalmente ao aspecto político da luta contra o autoritarismo. Em conseqüência, acredita-se que à política de saúde mental e os hospitais psiquiátricos faltam apenas decisões corretas, maiores investimentos, humanização e higiene. As vindas de Franco Basaglia ao Brasil, a partir de 1975, no auge do processo de transformação da psiquiatria italiana, contribuem para que o movimento brasileiro ultrapasse esta etapa inicial dedicada principalmente às denúncias e às reivindicaçõs de melhorias nas políticas de saúde mental. É o marco da passagem de uma fase que centrava-se na mera reivindicação de melhorias "técnicas" na assistência, para uma etapa onde predominam as críticas éticas à natureza do saber e da prática da instituição psiquiátrica, dando início ao que viria a ser o momento, ainda em curso, da predominância da luta anti-manicomial (AMARANTE, 1992, p.10. Grifo do autor).

Na esteira da tradição basagliana e dentro de uma tendência de luta anti-manicomial brasileira, Amarante (1992, p. 13) conceitua a desinstitucionalização como "um processo crítico-prático (...) empenhado na invenção da complexidade do fenômeno-objeto, de cada objeto-loucura singular, de cada existência global e complexa". Para a operacionalização do resgate da complexidade, este autor propõe o questionamento das relações entre a ciência e o poder, uma vez que o projeto social da psiquiatria ao longo do tempo voltou-se, inicialmente, para o controle das massas desviantes e, posteriormente, aliou-se aos novos interesses dos aparelhos de repressão, da indústria farmacêutica ou ainda da rede privada de assistência psiquiátrica (a indústria da loucura).

A operacionalização do resgate da complexidade em psiquiatria está no bojo da desinstitucionalização como desconstrução do saber/prática psiquiátrica, no debate em torno da atenção psicossocial como finalidade do processo de assistência, nos debates acerca de psiquiatria e legislação, e envolve fundamentalmente, vontade política, individual e coletiva para a sua efetividade.

> Também o Ministério da Saúde incorpora como seu o discurso de seus críticos[46] e, através de um documento elaborado em conjunto com os ministros da saúde dos demais países latino-americanos em Santiago do Chile, em 1972, lança os princípios básicos que se pretendia deveriam nortear os rumos da assistência psiquiátrica no país; em linhas gerais, recomendava a diversificação da oferta de serviços, sua regionalização, condenava o macro-hospital, propunha alternativas à hospitalização integral, ações especiais dirigidas ao egresso e campanhas para a reabilitação de crônicos visando "a pronta reintegração social do indivíduo" (RESENDE, 1994, p. 65. Grifo do autor).

O Projeto de Lei 3657/89, de autoria do Deputado Federal Paulo Delgado que propunha a extinção progressiva do manicômio em âmbito nacional, amarga 10 anos de tramitação (1989-1999).

Em janeiro de 1999, é aprovado na Câmara dos Deputados e tornou-se Lei Federal em 6 de abril de 2001, embora, "incluindo proposições contidas em substitutivos anteriores favoráveis ao projeto original (dos senadores Beni Veras e Lúcio Alcântara) ou contrários a ele (do senador Lucídio Portella)" (BRASIL, 2004, p. 20). Portanto o projeto original do Deputado Paulo Delgado, a bom gosto da "salada alternativa" (DONNANGELO, 1983 apud PITTA-HOISEL, 1984), reúne adeptos e oponentes e torna-se a Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira.

As Leis estaduais são aprovadas nos Estados do Rio Grande do Sul (1992), no Ceará (1993), em Pernambuco (1994), no Rio Grande do Norte (1995), em Minas Gerais (1995), no Paraná (1995), no Distrito Federal (1995), no Espírito Santo (1996) e na Paraíba (2004). No Estado de São Paulo, o Projeto 366/92 de autoria do Deputado Roberto Gouveia continua em tramitação. Em níveis municipais também foram aprovadas novas legislações em saúde mental, como por exemplo, a Lei 8.620 de 07/06/1994 da Reforma Psiquiátrica em Ribeirão Preto-SP.

---

[46] Pitta-Hoisel (1984, p. 69) destaca a expressão de Donnangelo (1983) "salada alternativa", que embora tenha claras intenções racionalizadoras vêm constituir "um grande avanço", com relação aos documentos elaborados pelo Ministério da Saúde. Delgado (1992, p. 41) considera: "a ONU e a OMS refletem tal inquietação (ou a direcionam?), promovendo sucessivos eventos e formulações de intenção normativa. 'Direitos do paciente' e 'reestruturação do atendimento' são as palavras-chave para acessar uma profusa elaboração técnica que pretende fornecer os instrumentos para as mudanças na saúde mental".

Amarante (2001, p. 5) ressalta que aprovada a Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira, “a luta agora é outra: é fazer valer a lei e fazer valerem os novos serviços e demais recursos substitutivos; é efetivamente assistir às pessoas e não deixá-las à sorte”.

Quanto aos atores desse processo por que vem passando a psiquiatria nacional, pode-se referir, além da participação dos trabalhadores em saúde mental, a participação até então inusitada, de pacientes-usuários e familiares como gestantes responsáveis e ativos na terapia.

Outro desenvolvimento do debate em torno da Reforma Psiquiátrica brasileira é o tema da reabilitação psicossocial que passa a ser propugnada por portarias do Ministério da Saúde com garantia de maior incentivo financeiro às estruturas não manicomiais como Centros de Atenção Psicossocial (Caps), Núcleos de Atenção Psicossocial (Naps), hospitais-dia e unidades psiquiátricas em hospitais gerais. A Portaria 189/91 altera o financiamento das ações de saúde mental, privilegiando os serviços substitutivos e a 224/92 estabelece condições de funcionamento dos serviços de saúde mental, dando início a um processo de vistoria e fechamento dos serviços precários e desqualificados (AMARANTE, 1997).

Para nos determos um pouco sobre a reabilitação psicossocial que visa a conferir nova visão estratégica em saúde mental, destacamos algumas considerações de estudiosos do tema.

Barros (1991) ressalta que *reabilitação* é uma noção formada e desenvolvida a partir das duas guerras mundiais, cujo significado, para a apropriação no âmbito da saúde mental, precisa ser atualizado e redimensionado, e que, no caso brasileiro, vem marcado, ainda, por um modelo de cidadania restrita e regulada ou pré-cidadania que caracteriza as relações sociais e de trabalho. Destaca ainda que é necessário analisarmos os acertos e desacertos das práticas inovadoras, como a reabilitação, no âmbito internacional, considerando-se que “talvez a maior eficácia não se encontre, necessariamente, na tecnologia mais avançada, no progresso da ciência”

(p. 102), mas também na aproximação dos saberes em prol de um resultado criativo, localizado, descolonizado.

A fórmula dicotômica prevalente no relacionamento terapeuta-paciente como operacionalização da relação sujeito-objeto, desloca o paciente/objeto para a condição de passividade e ignorância no processo inscrito e prescrito pelos domínios do terapeuta-sujeito. Ainda Barros (1991) refere-se à necessidade de rompermos com uma prática estereotipada de reabilitação.

> Para iniciarmos a desconstrução dessa prisão-reabilitação é igualmente vital a compreensão dos nexos, das maneiras pelas quais se vinculam estes dois atores (terapeuta e pacientes) e a compreensão de que o terreno onde se movem as práticas reabilitadoras pertencem ao universo dos direitos sociais. (...) Precisamos *re-inventar* a reabilitação, humanizá-la, tirá-la dos laboratórios e do universo das experimentações hiper-controladas e fazê-la "cair na vida", contraditória e desordenada como é, onde profissionais e reabilitandos moram. Trata-se de buscar uma reabilitação ao nível possível, valorizar o criativo, retransformar os caminhos "da deficiência" em experiências cujos sentidos possam, ser compartilhados como formas do sentir, do agir, do expressar-se e do diferenciar-se (BARROS, 1991, p. 103-4. Grifo da autora).

Conforme Saraceno (1998), a reabilitação como estratégia produtora de sentido permite a ruptura desse esquema estático sujeito-objeto, através da consideração e avaliação dos serviços, há que se estudar "os tipos de serviços que o paciente recebe, não os tratamentos, mas os serviços" (p. 29). Mas para alcançar esse nível de empreendimento, a reabilitação também há que se libertar. Impõe-se a questão de pensarmos a reabilitação não como técnica de tratamento na relação terapeuta/sujeito-paciente/objeto, mas como estratégia para a não-invalidação do paciente/sujeito. Para tanto é fundamental a produção de sentido como fio condutor da manutenção ou resgate da cidadania da pessoa *em experiência de intermitência do sofrimento*.

Este autor permite-se uma reflexão sobre o Brasil – que consideramos relevante frente à expansão numérica dos serviços substitutivos no país – onde avalia a existência de um

movimento de usuários muito importante, mas que considera vivenciar atualmente um “momento de depressão profissional e do movimento social” (p. 26), uma vez que a fase das críticas negativas ao manicômio teve seu momento mais elevado, e o movimento de luta antimanicomial já fora deflagrado. Assim, propõe um questionamento acerca de que tipo de novos serviços estamos pensando. Em que tipo de reabilitação estamos pensando? Apesar do ranço ortopédico deste termo, se pensado como estratégia de produção de sentido e com valor social, permite através dos serviços, o rompimento da perigosa separação entre sujeito e contexto, tão comum nos serviços tradicionais. Portanto a produção de sentido deve ser a base da reabilitação, e isto se faz através de serviços que possibilitem o exercício de escuta e acompanhamento do real material do paciente.

> É uma clínica que já não é clínica [o paciente não estaria numa posição de perda de poder], mas é a arte de coo-gerar sentido com o paciente. Eu acredito que a tarefa que tem o serviço de saúde mental é a de ajudar a uma pessoa que, em dado momento de sua vida, perdeu a capacidade de gerar sentido. Pode ser que esta incapacidade seja muito material, não poder gerar mais trabalho, não poder gerar relação afetiva com sua esposa, não poder mais gerar relação com seus filhos, não poder mais gerar relações sociais porque está agressivo, não está em condições de gerar intercâmbios sociais, etc. São várias as formas através da qual o paciente pode perder sua capacidade de produzir sentido. Nesse momento o paciente necessita de ajuda. Isso é a clínica, ou seja, não me agrada mais usar a palavra clínica. (...) Eu creio que o conceito de desabilidade é esse, pessoas que tenham perdido a habilidade para gerar sentido. Não é uma desabilidade física. A palavra reabilitação também não me agrada, reabilitamos a quem? Aqueles que não conseguem usar uma perna ou um braço. Um psicótico não é um deficiente, um psicótico é uma pessoa que, num momento, devido a uma experiência de sofrimento, não tem mais a capacidade de produzir um sentido e a comunidade não suporta isso. No momento em que você cessa de ser produtor de algo, no momento em que diz: não agüento, não estou em condições de produzir nada, é rechaçado pela comunidade. Então recuperar é uma atitude solidária, afetiva. Esse é o sentido da reabilitação, restabelecimento da contratualidade de cidadão, de produzir sentido. (...) A dignificação desse sentido, o acompanhamento do paciente na recuperação de espaços não protegidos, mas socialmente abertos de produção de sentido, é essa a função da reabilitação, da psiquiatria (SARACENO, 1998, p. 30-1).

Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003) analisam as origens e composição do termo “psicossocial” e sua junção com os termos reabilitação, apoio e atenção, presentes no campo da

Reforma Psiquiátrica brasileira. Estes autores destacam que a atenção psicossocial (às vezes nomeada confusamente como reabilitação psicossocial) diferencia-se dos campos e demais combinações do termo psicossocial através da aliança firmada com algumas exigências da ética necessária (desinstitucionalização) e do método de análise (dialético). Evidenciando-se quatro dimensões essenciais para a superação do modo asilar: 1. a concepção do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos centrada na substituição do paradigma "doença-cura" pelo de "existência-sofrimento", o que exige uma concepção de clínica ampliada e transdisciplinar; 2. a concepção da organização das relações intrainstitucionais voltada à horizontalização das relações, o que exige a autogestão e a co-gestão de trabalhadores, usuários e familiares; 3. a concepção das relações da instituição e seus agentes com a clientela e com a população em geral guiada pela interlocução, o que exige a territorialização do cuidado; 4. a concepção efetivada dos efeitos de suas ações em termos terapêuticos e éticos com base na reposição do sujeito, o que exige uma implicação subjetiva e sociocultural (singularização) e não a adaptação dos sujeitos.

Considerando a força que as palavras têm de sugerir associações e às vezes até transplantar ou influenciar intervenções e resultados, consideramos pertinente o cuidado acima sugerido com relação ao "condicionante" dos termos empregados, principalmente, em pleno processo de substituição do modo asilar, cujo risco do mimetismo institucional é insidioso ou flagrante, daí a atualidade, também, da advertência de Saraceno (1998, p. 31) de que precisamos de serviços que "sejam fábricas de produção de sentido. (...) Produtores de novos sentidos. Esse é um exercício onde está a terapia, a ética e a política, é uma grande vocação".

Em março de 2004, o Brasil contava com 516 Caps (Quadro 3), em janeiro de 2005 somavam 650 (Quadro 4), constata-se o aumento de dispositivos em todas as regiões do país, o que torna premente o cuidado sobre as palavras, as ações, as intervenções e os serviços.

Quadro 3: Rede CAPS Brasil

Dispositivos	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS i	CAPS ad	Total de Dispositivo por Estado
REGIÃO NORTE						
AC	**0**	**0**	**0**	**0**	**1**	**1**
AM	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
AP	**0**	**0**	**0**	**0**	**1**	**1**
PA	**5**	**7**	**1**	**1**	**2**	**16**
TO	**3**	**2**	**0**	**0**	**0**	**5**
RR	**0**	**0**	**0**	**0**	**1**	**1**
RO	**1**	**2**	**0**	**0**	**0**	**3**
Total Região Norte	**9**	**11**	**1**	**1**	**5**	**27**
REGIÃO NORDESTE						
AL	**2**	**4**	**0**	**1**	**0**	**7**
BA	**14**	**14**	**1**	**0**	**3**	**32**
CE	**10**	**14**	**0**	**0**	**2**	**26**
MA	**4**	**1**	**0**	**0**	**0**	**5**
PB	**2**	**3**	**0**	**0**	**1**	**6**
PE	**2**	**11**	**0**	**2**	**2**	**17**
PI	**0**	**0**	**0**	**1**	**0**	**1**
RN	**1**	**4**	**0**	**0**	**2**	**7**
SE	**5**	**1**	**1**	**0**	**1**	**8**
Total Região Nordeste	**40**	**52**	**2**	**4**	**11**	**109**
REGIÃO CENTRO-OESTE						
DF	**1**	**0**	**0**	**1**	**0**	**2**
GO	**3**	**5**	**0**	**1**	**2**	**11**
MT	**7**	**1**	**0**	**1**	**3**	**12**
MS	**1**	**3**	**0**	**0**	**0**	**4**
Total Região Centro-Oeste	**12**	**9**	**0**	**3**	**5**	**29**
REGIÃO SUDESTE						
ES	**2**	**4**	**0**	**0**	**1**	**7**
MG	**30**	**26**	**6**	**5**	**2**	**69**
RJ	**19**	**27**	**0**	**5**	**2**	**53**
SP	**25**	**36**	**14**	**12**	**24**	**111**
Total Região Sudeste	**76**	**93**	**20**	**22**	**29**	**240**
REGIÃO SUL						
PR	**1**	**8**	**1**	**3**	**3**	**16**
RS	**29**	**29**	**0**	**3**	**4**	**65**
SC	**14**	**12**	**0**	**2**	**2**	**30**
Total Região Sul	**44**	**49**	**1**	**8**	**9**	**111**
TOTAL GERAL	**181**	**214**	**24**	**38**	**59**	**516**

Fonte: Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, março de 2004.

Quadro 4: Número de Caps implantados por UF em janeiro de 2005.

ESTADO	TOTAL DE CAPS
REGIÃO NORTE	
AC	**1**
AM	**0**
AP	**2**
PA	**19**
TO	**5**
RR	**1**
RO	**4**
Total Região Norte	**32**
REGIÃO NORDESTE	
AL	**11**
BA	**40**
CE	**29**
MA	**9**
PB	**13**
PE	**23**
PI	**4**
RN	**12**
SE	**13**
Total Região Nordeste	**154**
REGIÃO CENTRO-OESTE	
DF	**3**
GO	**14**
MT	**17**
MS	**7**
Total Região Centro-Oeste	**41**
REGIÃO SUDESTE	
ES	**11**
MG	**85**
RJ	**60**
SP	**132**
Total Região Sudeste	**288**
REGIÃO SUL	
PR	**27**
RS	**72**
SC	**36**
Total Região Sul	**135**
TOTAL GERAL	**650**

Fonte : Coordenação de Saúde Mental / MS, janeiro de 2005.

No que concerne aos movimentos e deliberações em prol da reestruturação psiquiátrica brasileira, Nicácio (1998) destaca a criação da Rede Internacional de Saúde Mental Comunitária resultante do I Encontro Latino-Americano de Saúde Mental Comunitária, realizado em setembro de 1997 em Havana/Cuba, que no Brasil vem somar-se às referências anteriores da Lei da Reforma Psiquiátrica da Itália de 1978; o projeto de lei de 1989 (tornado a Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira em 2001); a Lei de Promoção Sanitária e Social da Província de Rio Negro/Argentina de 1991; a Declaração de Caracas de 1990; a Carta de Havana de 1995; o texto de Consenso sobre Reabilitação Psicossocial da OMS de 1995. O documento resultante do I Encontro Latino-Americano de Saúde Mental Comunitária assinala dentre outros pontos: múltiplas estratégias de integração e promoção da saúde; garantia da eqüidade e da acessibilidade dos serviços; a criação de programas contra a exclusão social e a favor da nova reabilitação psicossocial (denominada *atenção psicossocial*, posteriormente e à luz de reflexões); a criação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e a conseqüente superação completa desse hospital; a promoção de leis inovadoras que reconheçam e promovam os direitos dos grupos vulneráveis; o desenvolvimento de novas modalidades para a formação de recursos humanos; a garantia das liberdades cidadãs dos grupos em situação de vulnerabilidade; a valorização dos usuários, familiares, comunidades, com ênfase na sua organização.

> Nesta ótica, o termo comunitário não significa a compreensão da comunidade como uma totalidade homogênea, sem conflitos e antes, se refere à noção de território como lugares sociais vivos, tecido por instituições, códigos de referências culturais, poderes contratuais, redes de relações, processos de produção de sentido e de valores. (...) As redes são tecidas pelas pessoas, mensagens e valores, nas quais os movimentos se orientam, sobretudo, para ativar pontos e criar novas conexões. Dessa forma, a *Rede* não é algo dado: é por assim dizer, em movimento e o seu enunciado expressa múltiplos convites (NICÁCIO, 1998, p. 4).

Com relação a outras medidas administrativas e legislativas que merecem destaque no Brasil, podemos citar: as Portarias 189/91 e a 224/92 da Secretaria Nacional da Assistência à Saúde que instituem as diretrizes para o funcionamento dos Caps e Naps; a Portaria 321/92 que cria Grupo de Trabalho para propor valores dos procedimentos; a Portaria 63/93 que cria Grupo de Acompanhamento e Avaliação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar; a Resolução 93/93 do Conselho Nacional de Saúde que constitui a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica; as Portarias 407 e 408/93 que estabelecem o recadastramento de todos os estabelecimentos hospitalares e a remuneração proporcional à qualidade do serviço oferecido, sendo os serviços substitutivos remunerados com 20% a mais do que os serviços tradicionais; a Portaria 66/95 que proíbe novas internações nos estabelecimentos cadastrados em Psiquiatria III; a Resolução 274/98 do CNS que instala o Programa de Apoio à Desospitalização; a Portaria 106/2000 que cria os Serviços Residenciais Terapêuticos; a Lei 10.216/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental; a Portaria 251/02[47] que privilegia os estabelecimentos de menor porte com menor número de leitos; a Portaria 336/02 que substitui a 224/92, estingue os Naps e estabelece a distinção entre os Caps de acordo com a abrangência populacional; a Lei 10.708/2003 que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes egressos de instituições psiquiátricas através do Programa "De volta para casa".

[47] A Portaria 251/02 reclassifica os hospitais psiquiátricos integrantes da rede do Sistema Único de Saúde em Psiquiatria de I (20-80 leitos, pontuação PNASH de 81%-100%) a VIII (acima de 400 leitos, pontuação PNASH de 61%-80%) de acordo com o porte do hospital, o cumprimento dos requisitos qualitativos do atendimento prestado (processo terapêutico) e a análise da área de vigilância sanitária conforme o PNASH – Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria. Estabelece como hospitais de pequeno porte os que possuem até 80 leitos (Psiquiatria I podendo cair para II conforme a pontuação do PNASH) e médio porte até 160 leitos (Psiquiatria III podendo cair para IV conforme a pontuação do PNASH).

Giovanella e Amarante (1994), na esteira do planejamento estratégico em saúde, referem-se ao conceito de *estratégia no planejamento em saúde mental* como possibilidade para a superação do termo *modelo* (e da prática que ele acarreta), enfatizado na psiquiatria tradicional. O conceito de estratégias traz e radicaliza o caráter da transitoriedade, de constante não-equilíbrio, "um sistema maleável de referências teóricas e práticas provenientes dos saberes e fazeres científicos e não científicos que não implicam em qualquer pretensão de conhecimento da verdade, mas em linhas de contato/experiência com a realidade vivida" (p. 138).

Através de reflexões, produções e novas práticas tem se construído a atualidade da psiquiatria/saúde mental brasileira, enquanto *estratégia* de superação do manicômio, não apenas obsoleto, mas comprovadamente iatrogênico. Estratégia mental que tem gerado ampla discussão e que deve orientar a busca do exercício de "uma ética da responsabilidade indispensável para a transformação das práticas que não ajudam" (PITTA, 2001, p. 27). Estratégia concreta que deve gerar o uso "sem timidez da lei 10.216 no país, condenando o hospital psiquiátrico tradicional a uma condição de ilegalidade" (PITTA, 2001, p. 28). Assim o Brasil se insere num processo de reestruturação psiquiátrica que não é uma realidade nacional homogênea e nem mesmo em cada Estado do país, mas que se distingue dos demais países da América Latina em agilidade e participação da sociedade (embora saibamos que tal participação precisa melhorar), considerado referência por órgãos oficiais das Américas.

A luta por uma psiquiatria comunitária no Brasil é bem mais antiga, mas também considerada nesses primeiros intentos, marginal. Data da primeira metade do século XX, a

experiência pioneira do Professor Ulysses Pernambucano[48] no Recife-PE.

> Aquele desprezo de Ulysses Pernambucano por uma psicopatologia livresca talvez explique o pouco caso, em certas rodas, por sua orientação, pejorativamente rotulada de "sociológica", conduzindo a uma psiquiatria "estatística", quando não a uma suspeita "psiquiatria social" de que nem Kraepelin nem Henrique Roxo falaram (CERQUEIRA, 1984a, p. 13).
>
> Ulysses Pernambucano morreu em 1943. Só muito depois surgiram a comunidade terapêutica e a psicoterapia de grupo na Inglaterra, a psiquiatria de setor na França, a psiquiatria democrática na Itália e a psiquiatria comunitária nos EEUU. Todas com o apoio da OMS ou da OPS, lutando pela dignidade do doente, contra a perda de sua identidade, principalmente nos macro-hospitais e asilos. Todos condenando o hospital tradicional, por iatrogênico (CERQUEIRA, 1984b, p. 126).

Apesar dos dois séculos de atraso da chegada das instituições disciplinares, dentre elas o manicômio, disseminadas na Europa no século XVII e chegadas ao Brasil no século XIX, e depois de sua chegada, no que pese a anexação do Hospício à Santa Casa de Misericórdia, considerado mais um atraso de pelo menos 45 anos, e no que tange ao processo de psiquiatria comunitária amargue mais uns, considerados, 40 anos, pois este processo havia se difundido no mundo no após-Segunda Guerra Mundial, chegando aqui a partir da década de 1970... constatações históricas, relevantes se nos atermos ao "ensinamento" das experiências mundiais,

---

[48] Ulysses Pernambuco de Melo Sobrinho nasceu no Recife em 06/02/1892 e faleceu no Rio de Janeiro em 05/12/1943. Foi médico, educador-reformador, pesquisador, administrador, cientista social, mestre-reformador pioneiro no campo da psiquiatria social, preventiva e de comunidade no Brasil. Como médico adjunto do hospício denunciou na imprensa em 1917 a internação na Tamarineira de adolescentes de orfanatos da Santa Casa, tidas como loucas porque contestavam os padrões de comportamento das freiras. Reformou na década de 1920 o Hospital de Alienados do Recife (a Tamarineira, que desde 1982 tem o nome de Hospital Ulysses Pernambucano), fundou o Instituto de Psicologia em 1925 e em 1931 o Serviço de Higiene Mental e o Serviço Aberto da então Assistência a Psicopatas do Estado de Pernambuco. Em 1935 o recurso que achou para pressionar o Governo, para a liberação de verba para ampliar os serviços de Assistência a Psicopatas, foi recusar-se a internar mais doentes, pois não era "carcereiro de doentes", sobre o que o chefe da polícia disse que "Onde comem dois, comem três" e Ulysses retrucara que "Onde comem dois, três passam fome". Neste ano deixou a direção da Tamarineira e foi alvo contínuo da opressão política e da perseguição policial, foi preso por quarenta dias, acusado de ter orientado um "inquérito tendencioso" (questionário sobre as condições de vida do estudante pernambucano), sobre o que Ulysses contara nas vindas da delegacia que o policial havia perguntado se era verdade que ele pregava idéias subversivas aos seus alunos, ao que respondera "O Sr. é que pode responder, pois foi meu aluno no Ginásio". Foi aposentado do cargo de alienista compulsoriamente em 1937 pelo artigo 177 do Estado Novo. "Um psiquiatra sanitarista; um psicólogo e psiquiatra alongados em cientista social", para entender psiquiatria recomendava aos discípulos a leitura de Proust. Os meios reacionários de Pernambuco da época apelidaram-no de "o lixo pernambucano", hoje é considerado o pai da psiquiatria social brasileira (CERQUEIRA, 1984a; BASTOS, 1992a, 1992b).

donde em bom tempo, pode-se superar o atraso cronológico quantitativo por uma virada qualitativa, imprimindo uma experiência renovadora.

O hospício brasileiro decretado em 1841 e posto em funcionamento em 1852, até a década de 1970, têm-se mais de cem anos de institucionalização da psiquiatria brasileira, de 1978 aos dias atuais têm-se apenas mais de duas décadas de movimentos e experiências pela desinstitucionalização psiquiátrica no Brasil. Isso porque no bojo da redemocratização do país, do movimento de reforma sanitária e das incursões basaglianas no seio da reforma psiquiátrica brasileira, começou a deslanchar um movimento pela transformação real da assistência em saúde mental no Brasil. Assim se podem definir dois momentos diferentes, onde no primeiro predominou marcadamente a tendência hospitalocêntrica e a função custodial do tratamento guiada pela centralização e depois pela descentralização das instituições de internamento, e no segundo tem-se uma tendência pela "desospitalização crítica", ou seja, pela desinstitucionalização da assistência e assim pela predominância da função ética terapêutica no tratamento, onde o resgate do paciente como ser singular e social é prerrogativa no discurso e deve sê-lo nas práticas. Dizemos, "deve sê-lo nas práticas", porque o discurso em torno "dos direitos do doente mental" já fora proferido pelos alienistas na passagem do século XIX... e ainda hoje podemos encontrar estabelecimentos regidos pelo signo da tutela e ausência de direitos do paciente.

Mas no que pese tal "divisão" em institucionalização e desinstitucionalização da psiquiatria brasileira, para fins mais didáticos, compreendemos que há a prevalência de duas funções do espaço de tratamento: a função asilar prevalente por mais de cem anos de existência do hospital psiquiátrico tradicional e a função ética terapêutica insurgente por (apenas) quase trinta anos de tentativa de desconstrução dessa instituição física e mental na qual cristalizou-se o

hospital psiquiátrico, isso nos ajuda a compreender a dificuldade de transformar a realidade, o conhecimento histórico faculta o entendimento e fortalece a necessidade da mudança.

Para Resende (1994), os primeiros cem anos da assistência psiquiátrica brasileira poderiam ser definidos numa palavra: *exclusão*. Cuja a trajetória foi relativamente linear, onde as mudanças que ocorreram foram mais de natureza quantitativa do que qualitativa. Luz (1994) reitera a definição de Resende, constatando que as políticas de saúde mental, historicamente, e mais que as outras políticas de saúde – como, por exemplo, as de atenção médica, de saúde pública, de nutrição – têm sido formas sistemáticas de exclusão econômica e social de setores da sociedade através de políticas de marginalização.

Como vimos, a desinstitucionalização, nos termos italianos e mais precisamente basaglianos, influência da reestruturação brasileira, consiste em um processo complexo e amplo no qual a saída dos pacientes do hospital é apenas um dos aspectos, daí a necessidade de subversão do reformismo psiquiátrico ou da função asilar dissimulada. Além disso, estende-se às intervenções de extinção progressiva do manicômio, substituindo-o por alternativas assistenciais extra-hospitalares com projeção comunitária e superação do isolamento em que se encontravam os pacientes, o hospital e a própria psiquiatria. Uma função ético-terapêutica da assistência psiquiátrica brasileira consiste na novidade das quase três décadas de subversão ao modelo asilar/hospitalocêntrico. Eis a novidade: a crítica à assistência psiquiátrica não tem como fio condutor a proliferação do hospício, ou seja, a construção de mais hospícios, ao invés, busca-se a extinção progressiva dessa instituição e simultânea substituição viável terapêutica, sanitária e socialmente.

O Estado de São Paulo sempre esteve no cerne da questão psiquiátrica brasileira. Encontra-se neste Estado o Hospício de Juqueri, maior hospício do país e à época da sua instalação, modelo para a América Latina, com o tempo tornou-se presença degradante.

Em 1989, são deflagradas denúncias contra o Hospital Anchieta de Santos-SP, e se empreende uma das mais bem-sucedidas experiências de desinstitucionalização da psiquiatria brasileira que motivou a luta pela transformação da assistência psiquiátrica em território nacional. Experiências de serviços psiquiátricos abertos no Estado têm contribuído com a proliferação de experiências substitutivas e a promoção de eventos antimanicomiais, multiplicando o alcance do discurso e da prática pela extinção gradativa dos manicômios no Brasil.

Em Ribeirão Preto-SP, ocorre em 1944 a fundação do Hospital Psiquiátrico, recentemente denominado oficialmente de Hospital Santa Teresa. O início do processo de transformação deste Hospital foi engendrado na década de 1970 com o questionamento que a constituição da equipe multiprofissional proporcionou, até então o hospital não dispunha de enfermeiro, psicólogo e assistente social (PRIMO, 1975). Portanto fazemos um recorte da década de 1980 aos dias presentes, para constituirmos a atualidade do Hospital Santa Teresa de Ribeirão Preto.

Na década de 1980, inicia-se a implantação de espaços diferentes, menos manicomiais dentro do próprio hospital. Essa perspectiva é defendida por um pequeno grupo de protagonistas que convivem com resistência por parte dos setores tradicionais predominantes no Hospital. Nessa década o Santa Teresa testemunha a perda do *status* do hospital psiquiátrico diferentemente daquela presenciada pelo Juqueri no início do século XX. Não era mais a queda de um macrospital passível de herdeiros-adeptos (“filhos”), mas a queda de um modelo que funcionava iatrogenicamente e do qual já se tornara mundialmente notória a ausência de possibilidades terapêuticas.

A redução do espaço asilar do Santa Teresa é intensificado com a implantação do Núcleo de Convívio, uma unidade semi-autônoma localizada dentro do Hospital, mas fora do núcleo de atividades asilares, instaurado em 1983 de forma experimental e validado no ano

seguinte, atendendo um grupo de 15 a 20 pacientes crônicos do sexo masculino. Posteriormente o Núcleo de Convívio passa a ser uma unidade mista (masculino-feminino), mantendo-se a clientela de “crônicos selecionados” e, em 1990, o seu programa é avaliado e atualizado, deixando de compor, como fora proposto inicialmente, uma passagem obrigatória para a alta hospitalar do paciente. Passa-se a valorizar a condição de vida do paciente no próprio Núcleo, independente de possível alta hospitalar (HOSPITAL... , 1990).

Os objetivos do Núcleo de Convívio do Santa Teresa são norteados pela retirada do paciente do pátio (ala coletiva fechada) e acomodação em uma casa (aberta) afastada do centro do hospital, visando assim à redução estrutural e vivencial do espaço asilar. Atualmente o Núcleo é composto por um grupo de quinze moradores de ambos os sexos e por uma equipe multiprofissional que tem por meta promover o relacionamento interpessoal e estimular a iniciativa, responsabilidade e contratualidade dos moradores. As atividades empreendidas abordam tarefas da vida diária (higiene pessoal, alimentação, manutenção do ambiente); exercícios expressivos (desenho, passeios, música, jogos); festas comemorativas do grupo (aniversários e comemorações sociais); atividades ocupacionais (culinária, horticultura, artesanato); reunião semanal da equipe profissional e assembléia semanal dos moradores. Outra atividade de cunho psicossocial reabilitador desempenhado pelo Núcleo de Convívio é o trabalho de reconstrução da condição de cidadão do morador, através de busca ativa e localização de documentos originais dos moradores na perspectiva da conquista do benefício social previsto por lei para pessoas portadoras de deficiência, com a finalidade de propiciar melhores condições de vida dos mesmos. Com a conquista do benefício, abre-se a possibilidade de ampliação do poder contratual do morador com o mundo extramuros do hospital e portanto com a realidade. Possibilitando ainda o resgate da memória social do morador-asilado através da re-descoberta de familiares, lugares por onde andou/viveu, trabalhos/profissões que exerceu, orientando-se sempre

a carga positiva destas experiências. Este resgate visa a contribuir para o estabelecimento atual de vínculos que venham a fortalecer a independência institucional do morador. Busca, também, incentivar a aproximação de familiares, quando existentes, através de visitas mútuas entre familiar e morador, o Núcleo conta com a experiência de moradores que retornaram a morar com a família.

Dando seqüência ao projeto desinstitucionalizador, em 1987, é implementada a Vila Terapêutica que consiste em cinco casas com infra-estrutura básica, construídas em forma de vila em uma área mais afastada das instalações centrais do hospital, com capacidade para quatro moradores cada e com o objetivo técnico de ampliar suas possibilidades de convívio social, buscando: "(...) Possibilitar a ressocialização dos moradores através de atividades de rotina diária como manutenção de higiene e limpeza do local, e, melhoria da auto-estima através do reaprendizado das tarefas da vida diária e da convivência grupal" (GONZALEZ; PAULA, 1995).

A Vila Terapêutica visa a contribuir para a melhoria da existência de pacientes até então internados nas enfermarias centrais do hospital, para tanto busca estimular a independência pessoal e o desenvolvimento da manutenção diária através da atribuição de responsabilidades do cotidiano; realização de assembléias de moradores e profissionais com a finalidade de promover a aproximação dos mesmos, oportunizando a expressão de queixas, reivindicações e/ou satisfações de ambas as partes, e assim fortalecendo os vínculos; passeios no centro comercial da cidade para realização de movimentação de contratos bancários e aquisição de bens materiais desejados, o que a exemplo do Núcleo de Convívio também amplia as possibilidades contratuais concretas de satisfação e inserção dos moradores na comunidade.

A partir desta experiência, com resultados satisfatórios, o Santa Teresa avançou buscando a reinserção não só dos hábitos e costumes sociais, mas também a reinserção geográfica e a desmistificação do estigma dos pacientes através do rompimento com o vínculo institucional

então viabilizado pelo projeto Pensões Protegidas. Após negociações de ordem legal iniciadas em 1988 e o envolvimento da sociedade civil, em abril de 1992, ocorre a aprovação final do projeto Pensões Protegidas pela consultoria jurídica da Secretaria Estadual de Saúde e o projeto é posto em prática em setembro deste mesmo ano (primeira Pensão Protegida), hoje encontrando-se com quinze residências locadas em bairros diferentes, sendo doze Pensões Protegidas e três Residências Assistidas. Definindo-se, conceitualmente, Pensões Protegidas como unidades localizadas fora do espaço asilar, na comunidade, geridas por Sociedades Civis Filantrópicas sem fins lucrativos, contratadas pelo Estado através de processo licitatório público, sendo a assistência, em saúde mental, prestada pelos serviços ambulatoriais do município; Residências Assistidas como imóveis cedidos pela Companhia Habitacional de Ribeirão Preto-COHAB, em regime de locação social, destinados aos ex-pensionistas com condições de assumir as suas responsabilidades financeiras.

Segundo Gonzalez e Paula (1995), o projeto Pensões Protegidas do Santa Teresa tem como parâmetro proporcionar o abrigo de ex-pacientes egressos deste hospital, abandonados sociais, sem sintomatologia psiquiátrica grave, assim como contribuir para a ampliação do espaço concreto na busca da ressocialização destes ex-pacientes na comunidade. Estes autores esclarecem que *pensionistas* são os *ex-pacientes* do hospital – então moradores das Pensões Protegidas – que permaneceram asilados por longos períodos, por razões essencialmente não-médicas, tais como, ausência de recursos sociais de apoio, abandono familiar, e comprometimento de sua capacidade produtiva.

Para Alves (1996), é flagrante a dívida social impagável para com as pessoas internadas por longo tempo nos hospícios brasileiros, devido à ausência de políticas públicas que beneficiem a inclusão social, formando a chamada “clientela cativa” que ocupa aproximadamente

30% dos leitos em hospitais psiquiátricos do Brasil, ou seja, pessoas que, sem necessidade de permanecer internadas, estão impossibilitadas de alta hospitalar por falta de apoio familiar e social.

O Projeto Pensões Protegidas do Santa Teresa contribui para o debate e para a transformação da prática psiquiátrica que mantém como clientela cativa cerca de 10.000 pessoas apenas no Estado de São Paulo. Inova em relação às práticas anteriores porque rompe com a exclusividade das internações e fortalece a realidade de serviços fora da instituição, possibilitando a desvinculação do usuário com o hospital e assim desmistificando o *estigma psiquiátrico*; busca resgatar os aspectos positivos dos pacientes, vistos *a priori* como pessoas/sujeitos; viabiliza-se de forma menos onerosa uma vez que a assistência dispensada ao pensionista é financeiramente reduzida, se comparada com o custo asilar (o custo paciente-dia institucionalizado, no início do processo de implantação das Pensões Protegidas do Santa Teresa, era de R$ 52,56, enquanto o custo por pensionista equivalia a R$ 10,21); amplia a condição de cidadania através da alta e incentivo à desvinculação hospitalar, daqueles que, até então, foram compulsoriamente submetidos à tutela do Estado e impedidos de manifestar atos políticos, sociais e/ou civis; amplia a perspectiva de independência socioeconômica devido à articulação tecida entre o projeto de desinstitucionalização, os incentivos governamentais à desospitalização e os serviços da comunidade (SÃO PAULO, s.d; SÃO PAULO, 1988).

Constata-se ainda a satisfação pessoal dos egressos do Hospital e dos trabalhadores em saúde mental.

> Viver no meio de muitas pessoas, ir pela rua e não ser apanhado pela polícia, ter documentos, mostrar sua identidade, porque antigamente, pegava um doente mental na rua, aí pronto, já pegava a polícia e levava para o Santa Teresa [Moradora de Pensão Protegida do Santa Teresa.] (GUIMARÃES; SAEKI, 2001, p. 367).

> Agora eles são gente. Aqui no Santa Teresa eram esquecidos, eram ignorados, número não sei quanto ou registrados por apelidos. Então a gente começou uma fase de tirar documentação. Você precisa ver como eles se sentem gente de ter na mão aquela identidade, de ter conta em banco, de ter benefício financeiro. Agora lá fora, é andar de ônibus, ir ao banco, porque aí já vai até sozinho, conversar com vizinho [Trabalhador da Equipe das Pensões Protegidas do Santa Teresa] (GUIMARÃES; SAEKI, 2001, p. 369).

Conforme avaliação de trabalhadores do Hospital, o Projeto tem como deficiência mais significativa a dependência de políticas públicas no que tange à alocação de recursos, e, como conquista mais importante a possibilidade concreta de inserção social da clientela asilada, viável técnica, administrativa e economicamente.

A vivência dos pensionistas é acompanhada por visitas de uma pessoa interessada da comunidade que atua como *orientador* (um por pensão protegida), e os serviços contratados são supervisionados por uma equipe de trabalhadores do Santa Teresa e da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto. Essa conquista gerou o impacto do *resgate da cidadania*, evidenciado no discurso dos pensionistas por ocasião de um estudo de caso por nós realizado sobre o processo de reabilitação psicossocial do Hospital (GUIMARÃES; SAEKI, 2001).

Vale salientar que esta trajetória percorrida pelo Santa Teresa constitui-se como processo, cerceada por idas-e-vindas / avanços-e-retrocessos onde sempre coexistiram e ainda coexistem " 'bolsões institucionais' com características rigorosamente manicomiais, que em nada se diferenciam do hospital anterior a 1983" (SAEKI, 1994) e espaços/estratégias, em prol da superação do asilo, que se multiplicam e atualizam a instituição no processo de transformação.

O repensar da assistência no Santa Teresa vem integrado a conjuntura da área psiquiátrica no país e fortaleceu-se, pelas seguintes ações:

- A implantação das Ações Integradas de Saúde (AIH's) e do Sistema Único de Saúde (SUS) em Ribeirão Preto, na década de 1980;

- A repercussão do Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, década de 1980;
- Os Encontros e Conferências Municipais e Estaduais de Saúde, décadas de 1980 e de 1990;
- As Semanas Internas do Santa Teresa, décadas de 1980 e de 1990;
- As Jornadas Regionais de Saúde Mental, década de 1990;
- O Projeto Delgado em prol da reforma psiquiátrica no nível nacional e o Projeto Gouveia em nível estadual, década de 1990;
- A Criação do Núcleo de Luta Antimanicomial de Ribeirão Preto, 1993;
- A aprovação da Lei Municipal de Reforma Psiquiátrica em 1994 (RIBEIRÃO PRETO, 1994);
- A aprovação da Lei Municipal que autoriza o Projeto Casa Própria do Hospital em 1999 (RIBEIRÃO PRETO, 1999);
- A aprovação da Lei Federal da Reforma Psiquiátrica brasileira de 2001;
- A aprovação da Lei Federal que institui o auxílio-reabilitação (Programa “De volta para casa”) de 2003.

Em estudo realizado por Zerbetto; Alencastre; Saeki (1999) sobre a trajetória da desinstitucionalização, segundo a experiência do Movimento de Luta Antimanicomial de Ribeirão Preto, o Santa Teresa foi considerado, já em 1999, *locus* de importante reflexão, onde as Pensões Protegidas são indicadas como constituintes de discretas, porém, importantes transformações no sistema de saúde mental do município, contribuindo desta forma para uma outra história da assistência da saúde mental no município.

A efetivação do Santa Teresa na década de 1940 institucionaliza a assistência psiquiátrica em Ribeirão Preto, uma vez que se trata do primeiro hospício público dessa cidade. Criado a partir de injunções históricas que retroalimentaram as necessidades econômicas, políticas e sociais imanentes à conjuntura municipal e estadual e à superlotação do Hospício de Juqueri na capital do Estado, frente à conseqüente estratégia de descentralização da assistência psiquiátrica brasileira dos poucos, macros e superlotados hospitais das grandes metrópoles, para os novos hospitais regionais das cidades do interior. Atravessou as décadas de 1940 até o início de 1980, sob o modelo tradicional, com um quadro exíguo de profissionais qualificados, uma estrutura organizacional precária, superlotação de pacientes, tratamento punitivo e medicamentoso como única terapia aplicada. Porém, da década de 1990 aos dias atuais vem intensificando a política de substituição da assistência asilar pela estratégia dos Serviços Residenciais Terapêuticos.

O processo de desinstitucionalização do Hospital Santa Teresa não se destaca pela quantidade e nem pela velocidade, mas pela insistência necessária à implementação da mudança com que, inicialmente, um pequeno grupo de trabalhadores empreendeu uma luta real e permanente pela mudança, tomando como referência a contribuição basagliana que influenciara o movimento de luta antimanicomial nacional, mas escrevendo a sua própria história. A desinstitucionalização tornou-se política oficial de saúde mental, sabemos que isso contribui decisivamente para a implementação do processo que deixa de ser bandeira de uma minoria "dada a projetos idealistas, rebeldes, sonhadores" e passa a determinar o financiamento recebido

pelas instituições psiquiátricas[49].

Atualmente o Núcleo de Convívio conta com 15 moradores, a Vila Terapêutica é constituída por mais 15 moradores, há doze Pensões Protegidas que abrigam 53 moradores e três Casas da Cohab (locação social) com mais 06 egressos, independentes do Hospital. E multiplicam-se setores mais residenciais dentro do próprio Hospital – Repúblicas, Vivendas, Centro de Convivência. No início deste estudo (2003), o Hospital abrigava 208 pacientes moradores, atualmente conta com 161, porque também recebe pacientes transferidos de outras instituições. É maior o investimento na transferência de moradores para os Serviços Residenciais Terapêuticos, o que torna evidente a necessidade de mais casas para efetivação desta meta e depara-se com uma nova realidade que se configura, pois através da saída dos moradores com maior grau de independência, vão ficando aqueles com maior comprometimento psicossocial e até neurológico, o que constitui um desafio para o Hospital, assistir a dependência destes moradores sem manter-se nos hábitos manicomiais de objetivação.

Hoje encontramos *ex-pacientes* egressos do Santa Teresa no centro da cidade, resolvendo suas próprias necessidades, satisfazendo seus desejos. A atualidade do Hospital Santa Teresa de Ribeirão Preto é esse compromisso com pessoas que lá viveram por muitos anos e que estão tendo a oportunidade de inclusão/participação/contratualidade social. Há sempre muito o quê fazer ainda, mas o Santa Teresa já não pode se esquecer dos que faltam para "desamarrar", porque é grande o significado da satisfação dos laços tecidos, mas não atados. Tecidos porque a assistência às pessoas com sofrimento psíquico não deve e nem pode ser negligenciada,

[49] Confira fragmento do argumento trazido pelo parlamentar Roberto Gouveia no Projeto de Lei da Reforma Psiquiátrica do Estado de São Paulo (1992) de sua autoria: "Gostaríamos de destacar a utilização da Tabela de procedimentos do SIH/SUS como instrumento de indução à mudança. Definiu-se, pelas Portarias 407 e 408/93, o recadastramento de todos os estabelecimentos hospitalares, bem como a remuneração proporcional à qualidade do serviço oferecido. E mais, a demora na adesão aos padrões de qualidade exigidos era penalizada com aplicação de um redutor financeiro a cada mês, cumulativamente, e os serviços substitutivos passaram a ter remuneração sempre 20% superior à do serviço tradicional, o hospital psiquiátrico" (GOUVEIA, 1997, p. 11).

abandonada, tal como não o pode o processo saúde/doença em geral, precisa ser acolhida no seu aspecto de dor, tratada-cuidada com o intuito da redução do sofrimento que causa e superada no que tange ao corolário cultural de estigmatização e periculosidade (desabilidades). Não se reduz ao confinamento, à segregação, ao diagnóstico, mas muito pelo contrário, busca a contratualidade, a reinserção real porque "todo mundo à parte" traz em si uma faceta cruel da segregação do mundo "do centro".

Quanto à questão do tempo, no Santa Teresa "em mudança" podemos ver relógios de parede nos setores abertos, mas são poucos os moradores que decodificam o seu significado convencional. Muitos até preferem ignorá-lo mediante a ausência do hábito, e às vezes, da habilidade em lidar com esses instrumentos de orientação temporal.

Quanto à instauração dos novos serviços, vale um acompanhamento qualitativo muito mais do que os "números das exigências governamentais" para se evitar apenas uma pura corrida pelas novas normas de financiamento da assistência psiquiátrica. Como disse Saraceno (1998), vale mais o "onde", a possibilidade de uma rede de serviços que complementem a produção de uma contratualidade real para os pacientes psiquiátricos.

> É mais importante o onde em psiquiatria, onde é um dos aspectos mais importantes da psiquiatria, é onde se faz a psiquiatria. Então o problema central é o problema dos serviços, é o problema da reabilitação oferecida dentro de um sistema de serviço que permite continuamente levar em conta, contemporaneamente as variáveis que são o paciente como sujeito, o micro contexto do paciente, o macro contexto do paciente e o contexto mesmo do serviço. A clínica tradicional não entende todavia que o ponto crucial é o serviço e não o tratamento. A clínica segue descrevendo tratamento e nunca descreve serviços (SARACENO, 1998, p. 30).

No dizer de Amarante (2003, p. 62), "ao escutar, acolher, cuidar, interagir e inserir (ao invés de seqüestrar, disciplinar, medicalizar, normalizar) estão sendo construídas novas relações entre a sociedade e a loucura".

Escutar, cuidar, acompanhar os usuários de uma nova assistência assim como estar vigilante e manter o controle social dos novos serviços contribui para uma atenção tecida que não nega o sofrimento, a dor, mas também não se ocupa em classificar segregando a diferença, não condena à exclusão, isso porque se compromete com a vivência, a experiência do sofrimento psíquico que não deve ser estigmatizado ou banido/ignorado, mas acolhido e cuidado.

Consideramos a habilidade do *sobreviver* na vivência dos pacientes com longa data de internação em hospital psiquiátrico e, assim, acreditamos que o acolhimento e a atenção psicossocial, como ferramentas para a expansão da produção de sentido e de contratualidade, passam pela escuta da experiência de tempo da institucionalização seja este tempo, convencional ou não.

4 Leituras sobre o Tempo

4 LEITURAS SOBRE O TEMPO

> "Por quanto tempo ele falou"? "Em quanto tempo ele fez isso"? "Há quanto tempo não o vejo"?. Usamos e ouvimos expressões assim. E nos fazemos compreender, e compreendemos. São palavras muito claras e muito comuns, mas ao mesmo tempo são muito obscuras, e sua descoberta parece novidade.
>
> Santo Agostinho

Para a elaboração do presente estudo nos limitamos a algumas leituras (originais e derivadas) sobre o tempo em Santo Agostinho, Bergson e Jaspers no campo filosófico. As demais incursões foram feitas sobre escritos do sociólogo Norbert Elias e de historiadores – Marc Bloch, Michel de Certeau e François Dosse, dentre outros, além de outras abordagens mais restritas ao tempo institucional do manicômio, articuladas diretamente nas análises e discussões dos "resultados".

Para Husserl (autor de *Lições para uma fenomenologia da consciência íntima do tempo*), a época moderna – tão orgulhosa de seu saber – nada dera que tenha amplitude maior com relação ao pensamento sobre o tempo do que os capítulos 13 a 28 do Livro XI das *Confissões* de Santo Agostinho, escritas no início do século V (BOUTANG, 2000).

Santo Agostinho sintetizara toda a paradoxal familiaridade e estranheza acerca da pergunta sobre o que é o tempo ao dizer que "Se ninguém me pergunta, eu sei; porém, se quero explicá-lo a quem me pergunta, então não sei" (AGOSTINHO, 2002, p. 342).

Para Agostinho (2002) a divisão do tempo em três – presente, passado, futuro – sucumbe a uma análise rigorosa, sendo a "medida" possível do tempo realizada em nossa mente através da *expectativa, atenção e lembrança*, respectivamente, associadas ao futuro, presente e

passado. É claro que este pensamento nos remete ao tempo do paciente institucionalizado e a via de reinserção social. Pois, assim, lhe foi negado o tempo "facilitado" (objetivo) por instrumentos de mensuração e o tempo subjetivo lhe foi seriamente comprometido se considerarmos a ausência de expectativa e o desprezo pela atenção impostos pela instituição. Só lhe restaria um apego à lembrança, que julgamos ainda comprometida pela ausência de lugares de apoio[50]. Em vias de reinserção social, o desafio maior não seria o treino de habilidades materiais perdidas, mas sim o reaprendizado dos "momentos do espírito" no dizer de Agostinho. A medida do tempo em Agostinho nos lembra a necessidade de produção de sentido defendida por Saraceno (1998) no que se refere aos novos serviços de saúde mental.

Para Bergson[51] o tempo é duração apreendida através da intuição em contraposição ao intelecto. A dualidade entre intuição e intelecto, aplica-se respectivamente a impulso vital e matéria, qualitativo e quantitativo, tempo e espaço, duração e extensão, liberdade e determinismo. Intuição, em Bergson, significa consciência imediata, conhecimento que é contato, *atenção à vida*. Sendo o tempo um conceito bastardo quando definido pelo intelecto que não percebe a duração, mas sim a extensão que é espaço e não tempo. O tempo só se dá a intuição e por isso não pode ser medido pois se esvai em simultaneidades (VERDENAL, 1995; RUSSELL, 2002).

Bergson (1988) considera um engano a definição de tempo da ciência que se julga capaz de medir o tempo por fazê-lo entrar em seus cálculos. Ao contrário do tempo da ciência, a

---

[50] Pode-se crer que a temporalidade na história de pacientes internados transforma-se em espacialidade até desaparecer por completo, naturalizando-se no solo imóvel da instituição (noção tomada da geo-história em Braudel, 1988; Dosse, 2004).

[51] As teses bergsonianas contrapõem-se aos monismos idealistas e materialistas do século XIX, voltando-se para um uma concepção dualista do mundo dividido em matéria e princípio vital (impulso vital, força criadora, energia espiritual). Em sua reação contra a ciência, este filósofo segue a tradição que remonta a Rousseau e ao movimento romântico, podendo-se também ser relacionadas com Kierkegaard e os existencialistas posteriores, assim como a sugestão de alguns traços mais psicológicos do que lógicos da experiência em concordância com algumas tendências da teoria psicológica. O método bergsoniano é chamado de método intuitivo ou introspectivo (RUSSELL, 2002).

duração vivida é qualitativa e não quantitativa. A mesma hora do relógio pode parecer interminável ou instantânea de acordo com a inércia ou o dinamismo das sensações. A ciência, portanto, não mede a duração exata, mas uma duração previamente traduzida na linguagem do espaço. Identificando quantidades de tempo com espaços percorridos pelo ponteiro no mostrador, nossos relógios fabricam um tempo mensurável e homogêneo. Mas os instantes da duração, tomados em si mesmos, não se justapõem, formam uma simultaneidade que se esvai constantemente logo não pode ser medido. Medir é contar num todo as partes iguais à unidade, mas toda a parte da realidade que envolve a duração, escapa à mensuração e, portanto, a apreensão da ciência. Bergson admitiu a legitimidade da ciência apenas no terreno dos sólidos, das coisas naturalmente mensuráveis e opostas ao terreno do tempo, duração e intuição.

Na filosofia bergsoniana, é o passado que dura e que dá sentido ao presente, enquanto o presente se divide quando se estende na evocação do passado que lhe confere significado e se contrai na orientação ao futuro. O passado se conserva na memória em sua integralidade e o cérebro apenas filtra as lembranças que são úteis às ações do presente. Porém, só podemos conhecer a duração pela *intuição* como algo íntimo. A intuição distingue-se por características que se contrapõem às características da inteligência, onde a matéria interrompe a corrente vital única e introduz nela a descontinuidade, o espaço e a necessidade. Enquanto que a duração não se dobra às injunções da finalidade nem segue rotas mecânicas, por ser espontaneidade pura/impulso vital e por isso passível de apreensão apenas pela intuição (BERGSON, 1999; BERGSON, 2001).

A teoria bergsoniana do tempo está ligada ao seu conceito de memória. Deleuze (1999, p. 39), no livro Bergsonismo, expõe a definição de memória apresentada por Bergson como sendo a “conservação e acumulação do passado no presente”. O presente dá testemunho da carga cada vez maior de acontecimentos e a memória apresenta-se ou através de um fundo de

percepção imediata ou através da contração de uma multiplicidade de momentos. Sobre a conservação das lembranças, problema levantado constantemente quando se discute a memória e um dos pontos, mais criticados da teoria bergsoniana, Deleuze (1999) expõe o argumento de Bergson sobre a independência destas como parte subjetiva do cérebro que corresponde à matéria (ao objetivo):

> A questão: onde as lembranças se conservam? Implica um falso problema, isto é, um misto mal analisado. Procede-se como se as lembranças tivessem de conservar em alguma parte, como se o cérebro, por exemplo, fosse capaz de conservá-las. Mas o cérebro está por inteiro na linha da objetividade: ele não pode ter qualquer diferença de natureza com os outros estados da matéria; tudo é movimento nele, como na percepção pura que ele determina. A lembrança, ao contrário, faz parte da subjetividade. É absurdo misturar as duas linhas, concebendo o cérebro como reservatório ou substrato das lembranças. Mais ainda, o exame da segunda linha bastaria para mostrar que as lembranças só podem se conservar 'na' duração. Portanto, é em si que a lembrança se conserva (DELEUZE, 1999, p. 41).

Tal diferenciação é fundamental para que se compreenda a teoria da memória proposta por Bérgson que defende que enquanto as lembranças se conservam "na" duração, por si, compõem a subjetividade (o passado apreensível pela intuição), enquanto que a matéria tem por função a percepção, a objetividade sendo o momento presente o seu tempo de ação.

Deleuze (1999) destaca que as teses de Bergson sobre o tempo apresentam o passado que coexiste com o presente que ele foi; o passado que se conserva em si como passado em geral (não-cronológico), sendo que o tempo se desdobra a cada instante em presente que passa e passado que se conserva.

> Se temos tanta dificuldade em pensar uma sobrevivência em si do passado, é porque acreditamos que o passado já não é, que ele deixou de ser. Confundimos, então, o Ser com o ser-presente. Todavia o presente não é; ele seria, sobretudo, puro devir, sempre fora de si. Ele não é, mas age. Seu elemento próprio não é o ser, mas o ativo ou o útil. Do passado, ao contrário, é preciso dizer que ele deixou de agir ou de ser-útil. Mas ele não deixou de ser. Inútil e inativo, impassível, ele É, no sentido pleno da palavra: ele se confunde com o ser em si. (...) Há aí como que uma posição fundamental do tempo, e também o mais profundo paradoxo da memória: o passado é contemporâneo do presente

> que foi. (...) O passado e o presente não designam dois momentos sucessivos, mas dois elementos que coexistem: um, que é o presente e que não pára de passar; o outro, que é o passado e que não pára de ser, mas pelo qual todos os presentes passam" (p. 42-5).

Bosi (1994; 2003) emprega as contribuições de Bergson para o estudo da memória social e reflete sobre o convívio ora tenso, ora distenso entre o consciente e o inconsciente na conservação das lembranças: "Tenso quando a percepção-para-a-ação domina o comportamento. Distenso, no caso de o passado alargar o presente", donde importa reter o princípio central da memória como conservação do passado: "este sobrevive, quer chamado pelo presente sob as formas da lembrança. Quer em si mesmo, em estado inconsciente".

> O que o método introspectivo de Bergson sugere é o fato da conservação dos estados psíquicos já vividos; conservação que nos permite escolher entre alternativas que um novo estímulo pode oferecer. A memória teria uma função prática de limitar a indeterminação (do pensamento e da ação) e de levar o sujeito a reproduzir formas de comportamento que já deram certo. Mais uma vez: a percepção concreta precisa valer-se do passado que de algum modo se conservou; a memória é essa reserva crescente a cada instante e que dispõe da totalidade da nossa experiência adquirida (BOSI, 1994, p. 47).

Para Bergson, a lembrança pode ser evocada a partir de um ponto fixo no presente. Porém, tal evocação torna-se inútil, na ausência de correspondência entre a lembrança e a percepção presente. Assim tem-se a preexistência de um passado em geral e a coexistência de todos os lençóis de passado ou níveis de lembrança (BERGSON, 1988; DELEUZE, 1999).

Interessa-nos a idéia bergsoniana de conservação do passado como fonte de produção de sentido para o presente. Isto devido a reação dos sujeitos entrevistados de imediata justificação ou de aversão ao tema do tempo de institucionalização. Se é o passado que dura e dá sentido ao presente, isso pode justificar o "distanciamento" na, e ao mesmo tempo da, realidade manicomial. E uma vez, trazido o tema, "os lençóis e níveis da lembrança" memória pode causar apego ou desconforto, frente à impossibilidade do mundo à parte na institucionalização.

5 RESULTADOS, ANÁLISES E DISCUSSÕES:

sobre o tempo: elogio à instituição negada

5 RESULTADOS, ANÁLISES E DISCUSSÕES – SOBRE O TEMPO: ELOGIO À INSTITUIÇÃO NEGADA

> O passado reconstruído não é refúgio, mas uma fonte, um manancial de razões para lutar.
> Ecléa Bosi

Se o tempo instituído, esse então que conhecemos hoje, convencionado pelos relógios e calendários, foi negado ao paciente psiquiátrico institucionalizado e indigente, de alguma maneira este paciente deve tê-lo reconstruído/reinventado, mesmo porque esta não é a única forma de apreensão do sentido de tempo. Assim, "qual a trama dos hábitos que sustentam/sustentaram a temporalidade da vida cotidiana" (MOFFATT, 1987) desses pacientes? Isso porque acreditamos que no ato de um aparente conformismo transborda resistência[52], e o fenômeno tempo atravessa a condição humana de maneira que pode até se travestir no seio de uma mesma sociedade, de forma diversa da convencional – o seu aspecto numérico das sociedades industriais –, porém, se manifesta, se expressa na cotidianidade implacável do *passar das horas*.

Um sujeito da pesquisa nos respondeu: *Eu sei do tempo porque os olhos contam* (E-9), em seguida escondeu a face com a mão apoiada na mesa e recusou-se a continuar o que estava sendo, até então, uma conversa agradável. Isto nos remete a idéia bergsoniana da possibilidade da evocação do conteúdo da memória "como lençóis e níveis da lembrança" ao passo que, também, nos traz a realidade nada qualitativa do manicômio. Que sentimentos podem advir de lembranças interceptadas e da constatação de que se vive em um "mundo" desigual do

[52] Sobre essa temática pode ser consultado CHAUÍ, M. de S. *Conformismo e resistência: aspectos da cultura popular do Brasil*. 3 ed. São Paulo: Brasiliense, 1989. Em escala internacional pode ser consultada a produção da "história vista de baixo" inglesa ou da História Nova francesa. A história "das margens ou dos marginais", em geral.

chamado mundo dos normais? A temporalidade transforma-se na captação do olhar, não sem algum traço de "presença faltante"[53].

E se o tempo é essa "coisa" que não se pode perceber apenas pelos sentidos, mas que, também, não é só essa "coisa" revelada pelos relógios (ELIAS, 1998), não convence o cânone psiquiátrico que assinala o paciente como "desorientado no tempo e no espaço"[54].

O tempo, tal como o "conhecemos" hoje, é uma instituição moderna, legitimada e aperfeiçoada através de símbolos, emblemas convencionados, tais como, o calendário e o relógio das sociedades industriais. Em geral, percebido e referido como a linearidade do ontem-hoje-amanhã.

Elias (1998) em um ensaio intitulado *Sobre o Tempo*, discorre sobre a apreensão do sentido do tempo, tecendo comentários desde as sociedades ditas primitivas até as sociedades estatais/industriais, compartilhando uma constatação instigante:

> Ainda hoje, o estatuto ontológico do tempo permanece obscuro, de modo geral. Meditamos sobre ele, sem saber muito bem com que tipo de objeto estamos lidando. O tempo é um objeto natural, um aspecto dos processos naturais, um objeto cultural? Ou será em virtude de o designarmos por um substantivo que nos iludimos com seu caráter de objeto? O que é, afinal, que realmente indicam os relógios, ao dizermos que dão a hora? (ELIAS, 1998, p. 14).

---

[53] Expressão tomada de Dosse (2004) que assim caracteriza um corte que transforma em presença interior a ausência física do "objeto" perdido.

[54] Referimo-nos ao conhecimento da psiquiatria que atribui ao paciente com relação à função psíquica de orientação, a alteração designada de "desorientado no tempo e no espaço", porém, destacamos: sem meios convencionais para tanto, o registro também será idiossincrático. Se considerarmos apenas o ponto de vista da patologia, resta a responsabilidade de não abusarmos da generalização e da constante designação de "desorientação". Dia após dia, ano após ano, o mesmo "carimbo" de desorientado não faz a desorientação? Confira Pereira, Scatena e Labate (2001. Grifo nosso.): "No hospital, a rotina repete-se interminavelmente e o ócio é intenso, podendo levar à desestruturação na percepção do ciclo diurno e semanal. Como todos os dias apresentam-se iguais, *fica difícil para o paciente orientar-se no tempo, principalmente por que não existem calendários e relógios nos pavilhões. Nestas condições, a desorientação temporal não se configura só pela situação de doença, mas também pela inatividade e ociosidade que predominam no hospital e ainda por não visualizarem nenhum marcador temporal"*. Consideramos ainda que outras causas (neurológicas ou de outra natureza) devem ser investigadas em casos de alteração da consciência (Kaplan, 1997), o que reforça a idéia do "duplo da doença mental", ou seja, a institucionalização.

Segundo Elias (1998, p. 33), “para se orientar”, os homens servem-se mais de “percepções marcadas pela aprendizagem e pela experiência prévia, tanto a dos indivíduos quanto a acumulada pelo longo suceder das gerações”, equacionando a constatação já referida de que o tempo, embora seja essa “coisa que não se pode perceber pelos sentidos”, também não pode ser apenas essa coisa medida pelos relógios e calendários.

Ou conforme Bloch (1997, p. 190) sintetizou: “o tempo humano há-de ser sempre rebelde tanto à implacável uniformidade como ao seccionamento rígido do tempo do relógio”. Isto nos faz pensar que para o paciente de longa internação, a implacável uniformidade que denotativamente caracteriza o manicômio[55] redunda em uma nova e cega aprendizagem. Se no mundo “normal” vive-se sobre o jugo do seccionamento do relógio que nem por isso aprisiona ou liberta o tempo, no hospital psiquiátrico falta o *legítimo* seccionamento, mas sobra uniformidade. A uniformidade literalmente vivenciada, imposta e tutelada no manicômio.

Um sujeito da pesquisa, morador de um setor aberto do Hospital Santa Teresa, nos conta que tem um relógio que prefere deixar guardado e relata sobre o passar dos seus dias:

> Almoço, tomo café, atendo o telefone, vou na garagem, vou na farmácia. Quando eles me pedem para ir na garagem, eu vou na garagem. Quando eles me pede para ir na farmácia, eu vou na farmácia. Fico aqui, atendo o telefone quando o telefone toca, só. Espero que o dia passe, fico sentado aí. Depois da janta, fico escutando esporte no meu rádio, aí depois das 8 horas eu tomo remédio e vou me deitar (E-3).

É uma armadilha o tempo do paciente institucionalizado parecer liberto do seccionamento do relógio, porque a uniformidade ali existente reveste-se de um absoluto poder/prisão que nega, dentre outras coisas, a “orientação” do relógio a qual se tinha vivenciado/habituado antes da institucionalização e que deverá se *reabilitar* de maneira funcional

[55] Uniformidade dos horários, atividades, divisão espacial, utensílios, vestuário, relações impessoais e até da terapêutica mais baseada no distanciamento/isolamento, em geral, punitivos.

frente à desinstitucionalização, uma vez que, o mundo "normal" preza tanto seus símbolos que cobra para os que se "desviam", no mínimo um rótulo[56], um estigma, e socialmente este "preço" adquire um peso muitas vezes insuportável.

O tempo do paciente institucionalizado vive o seccionamento sem o símbolo, mas isso não quer dizer necessariamente uma experiência qualitativa, uma vez que lhe tiram também a legitimidade da sua experiência, pois o que diz, faz ou emprega para a produção de sentido é interpretado como sintoma da doença, diz-se apático, dependente, isolado, bizarro, deprimido, agressivo. Mas ele sobrevive: como permanece *rebelde* a tal condição de aparente nulidade?

> Espero o café, o almoço, o bingo é só de terça-feira que tem esse jogo aí, é só de terça-feira, só de terça-feira. Tem o café das 8 horas e tem o café das 2 horas de tarde e depois do almoço é a janta. Não parece que faz 20 anos, mas eu acredito que faz 20 anos [que mora no Hospital] sim. Pra mim parece nada não. Parece nada não. Parece que não faz, mas faz 20 anos, mas não muda nada não, na minha vida não representa nada não. Aqui no Hospital eu já morei em todos os pavilhões já. Você sabe a rotunda, já ouviu falar da rotunda aí dentro? Eu já pousei na rotunda, mas não foi por motivo de briga não, sempre quem vai para a rotunda é motivo de briga, né? Eu pousei, por pousar. Quiseram, que eu pousasse lá, eu pousei. Eu pousei na rotunda, morei no pavilhão de agudos, morei na geriatria, morei no maracanã, morei no lugar que era o refeitório, morei em todo lugar aqui do Hospital já (E-3).

Lima Barreto constatara a mesma vivência em suas internações por hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro na década de 1920:

> Vive-se aqui pensando na hora das refeições. Acaba-se do café, logo se anseia pelo almoço; mal se vai deste, cogita-se imediatamente no café com pão; à uma hora, volta-se e, no mesmo instante, se nos apresenta a imagem do jantar às quatro horas. Daí até dormir são as horas piores de passar (BARRETO, 1961, p. 106).

Segundo Elias (1998), a teoria do conhecimento na tradição filosófica se alimentou da antinomia sobre a natureza do tempo, gerando a polêmica que opunha de um lado a

[56] É curioso notar que através das transformações sociais, podem mudar-se os lugares, objetos, sujeitos ou nomes dos "desviados", porém, os estigmas velhos ou novos são sempre velhos em seu apelo de "marca" e de punição.

interpretação do tempo como um dado *objetivo* independente da realidade humana e, de outro, a interpretação *subjetiva*, enraizada na natureza humana[57], sobre o que considera como "hipóteses artificiais", cujos "debates intermináveis que opõem seus respectivos partidários são estéreis".

Diz este autor: "O que um relógio comunica, por intermédio dos símbolos inscritos em seu mostrador, constitui aquilo a que chamamos tempo. Ao olhar o relógio, sei que são tantas ou quantas horas, não apenas para mim, mas para o conjunto da sociedade a que pertenço" (ELIAS, 1998, p. 16), portanto, o dado subjetivo do tempo próprio/pessoal vinculado aos acontecimentos particulares penetra no dado objetivo do tempo, para o grupo social no qual se está inserido e vice-versa.

A compartimentalização do tempo em "tempo físico" por um lado e "tempo social" por outro, é uma abordagem dicotômica de compreensão do tempo e, por isso, obsoleta, "como se eles existissem e pudessem ser estudados independentemente um do outro", Elias nos alerta que "isso é impossível. (...) O estudo do 'tempo' é o de uma realidade humana inserida na natureza, e não de uma 'natureza' e uma realidade humana separadas" (ELIAS, 1998, p. 79).

E qual é a realidade do paciente institucionalizado? Ora, parece-nos a de um tempo que potencializa um "exílio" como sinônimo de desqualificação pois foi internado pela "desabilidade" e inserido em uma "natureza" desabonadora que é o manicômio.

A complexificação e diferenciação crescente da sociedade institucionalizaram o tempo como dispositivo de alto grau de síntese, imprescindível no mundo ocidental industrializado, "levando todos a se perguntarem cada vez mais, incessantemente, 'Que horas são?', ou 'Que dia é hoje?'" (ELIAS, 1998, p. 84). Com isso, enfatizou-se veementemente o aspecto cronológico do tempo, a continuidade do circuito do calendário e do relógio.

---

[57] Confira também: ABBAGNANO, N. *Dicionário de Filosofia.* São Paulo: Martins Fontes, 2000. p. 946.

Para Whitrow[58] (1993), a nossa idéia de tempo decorre da reflexão acerca da experiência do presente, mas, no entanto, enquanto a nossa atenção concentra-se nesse presente, tendemos a não ter consciência do tempo, porque perdemos a noção de duração. E isso pode ser afetado de maneira drástica por um conjunto de fatores que nos rodeiam.

> Nosso sentido de duração é afetado não apenas pelo grau em que concentramos nossa atenção no que estamos fazendo, mas por nosso estado físico geral. Em particular, pode ser distorcido por drogas ou pelo confinamento, por longos períodos, em ambientes frios ou escuros, sem recurso a relógios. Entre os fatores que influenciam nosso sentido de duração, porém, o mais amplamente experimentado é nossa idade, pois há um reconhecimento geral de que, à medida que ficamos mais velhos, o tempo, tal como o registram o relógio e o calendário, parece passar cada vez mais depressa (WHITROW, 1993, p. 17).

Atente-se para, conforme a descrição supracitada, o alto grau de comprometimento do sentido de duração no manicômio – onde o estado mental e o recondicionamento vivencial contribuem para a afetação do estado geral da pessoa institucionalizada[59] –, e o uso de drogas psicotrópicas interferem na senso-percepção (o que dizer do abuso? Estratégia de sedação ou impregnação medicamentosa, largamente empregada nos hospitais psiquiátricos) e o confinamento, em locais frios e escuros sem o recurso de relógios/calendários, foi lugar comum. E quanto à idade? Não são poucos os pacientes classificados com idade *ignorada* e não foram menos os que passaram a ignorá-la no âmbito do manicômio. A vida institucional em seu tempo "morto" gera a ignorância da própria idade e do tempo de internação.

Nove dos quatorze entrevistados quando perguntados sobre o tempo de internação, responderam para muito mais ou muito menos do que o registrado nos prontuários médicos.

---

[58] G. J. Whitrow, matemático inglês que no referido estudo traça a evolução de nossa consciência geral de tempo e analisa seu significado nas diversas civilizações, desde os primórdios da história até os nossos dias. Para este autor, "não há um tempo absoluto e todas as medidas de tempo feitas em sociedade são convenções" (SILVA; SILVA, 2005).

[59] Afetação exacerbada pelo sofrimento psíquico, pela exclusão decorrente e por possíveis conseqüências no estado físico, refutando-se a idéia de que as "queixas físicas" do paciente psiquiátrico são "atuações".

> Ah, não faz muito tempo não, uns dois meses. Faz dois anos (E-1). [conforme registros da instituição, faz 48 anos de internação]
>
> Faz 172 anos, não sei o que eu fiz em tanto tempo, antes eu limpava aqui... 172 anos... eu trabalhei muito, fiz muito serviço (E-2). [faz 26 anos]
>
> Faz muitos anos, desde antes da morte de Ayrton Sena, já faz uns 10 anos (E-3). [faz 32 anos]
>
> Faz 50 anos já, é desde 1970 (E-4). [faz 31 anos]
>
> Vim de Franco da Rocha para Campinas, depois para Franca, e para cá. Faz muito tempo... uns três anos (E-9). [faz 26 anos]
>
> Faz muito tempo, eu não sei quanto (E-7). [faz 42 anos]
>
> Pra que pergunta? Pergunte a enfermeira, é ela que sabe (E-10). [faz 53 anos]
>
> Faz mais de um ano (E-11). [faz 58 anos]

A possibilidade agostiniana de expectativa-atenção-lembrança para a sustentação do tempo parece comprometida em seus três aspectos. Mas que expectativa poderia ter depois de décadas de instituição total? A atenção pousa no imediato-comum, na fixidez do momento, dar uma resposta a uma pergunta. E a lembrança é a identidade cultuada (estudou em tal escola, trabalhou em tal lugar, morou em outra cidade).

Ora, mas o que ocorreu com essas pessoas, que embora em uma sociedade que dispõe/enfatiza mecanismos de controle e demonstração/orientação do tempo, não os utilizaram? Ou seja, o que ocorreu com a orientação temporal convencional dos pacientes psiquiátricos indigentes institucionalizados por mais de vinte anos, sem o uso de relógios e calendários? Ou ainda, e isto é mais importante, quais os conectores utilizados? Se o tempo “necessita ser sustentado com seqüências que possam criar a sensação de continuidade”, quais as “estruturas de sustentação” (MOFFATT, 1987) empregadas por esses pacientes? Sim, porque desveladas as

pretensões de neutralidade científica da psiquiatria, sabemos que apesar de classificado como desorientado, no tempo e no espaço, o paciente psiquiátrico, não permanece sempre (o dia todo, todos os dias) com a sintomatologia acirrada[60], então deve ter resguardado formas de orientação/sugestão do tempo convencional, uma vez que embora não permaneça *louco 24 horas*, "no hospício, como nas prisões, o tempo está como se tivesse sido estancado: tem-se a sensação de um presente enorme e vazio" (MOFFATT, 1984, p. 40).

Tais formas de sustentação nos são referidas através de relatos de indeterminação, frases lacônicas, acompanhadas de expressões que mesclam evasão e desejo de silêncio, para que se recomece um outro assunto.

> Do tempo, das horas pergunto a quem sabe, aí fico sabendo (E-13).
>
> Não sei (E-4). [ri, e pergunta quanto paguei pelo radinho – o gravador].
>
> Me esqueci. Esqueci (E-2).

Moffatt (1984) refere-se ao processo temporal no hospício como sendo mesmo "eivado de indeterminação, a sensação de um presente enorme e vazio", que "congela" o passado e indispõe a projeção do futuro, o tempo "adquire uma só dimensão, a de um indefinido e contínuo presente". Retomemos a colocação de Whitrow (1993) de que, enquanto nos

[60] Considerando-se ainda o enorme índice de "abandonados sociais", isto é, pessoas que, embora tenham tido episódios de crise psicopatológica, apresentaram remissão dos sintomas, mas por falta de família, moradia ou outro recurso que lhes acolhessem, permaneceram no hospital. E ainda, os casos, quantitativamente consideráveis de internação por motivos políticos ou abandono da família. Sendo que o internamento de longa duração contribui para o fenômeno de cronificação, ou seja, absorção da vivência institucional como própria.

concentramos no presente, tendemos a não ter consciência do tempo, devido à perda da duração, some-se a isso o fato de que o presente no manicômio mostra-se *enorme e vazio, tempo-morto, tempo-infinito*, conforme definido por Moffatt (1984).

> Além disso, o dia da alta, do término da internação, é indefinido, não se estabelecem prazos terapêuticos. Em princípio é possível permanecer internado 3, 6 meses, ou 10 anos, dependendo da sorte e do azar. (...) Tudo isso conspira contra a elaboração de um projeto de vida ou, pelo menos, contra a definição de uma data de saída (como nos cárceres), que permita organizar uma forma de perceber, de contar o tempo e, com isso, livrar-se um pouco desta sensação de *tempo-morto, de tempo-infinito*. (...) De outro lado, *nos manicômios não há relógios nem calendários; apenas a retirada dos tachos de comida (com horários absurdos como, por exemplo, o jantar às 4 ou 5 da tarde) marca o ciclo do dia* (MOFFATT, 1984, p. 40. Grifo nosso).

Goffman[61] (1974) classifica o "hospital para doentes mentais" como uma "instituição total" e refere-se ao "tempo morto" dessas instituições, onde o controle rigoroso das necessidades humanas é fato: "todas as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários, pois uma atividade leva, em tempo determinado, à seguinte, e toda a seqüência de atividades é imposta de cima, por um sistema de regras formais explícitas e um grupo de funcionários" (GOFFMAN, 1974, p. 18).

Atente-se para "rigorosamente estabelecidas em horários" e "toda a seqüência de atividades é imposta de cima", daí podermos inferir que tais horários, assim como as atividades, não implicam, necessariamente, no conhecimento dos horários para os internados como apreensão do tempo convencionado na sociedade. Ou seja, por certo, o tempo nos hospitais psiquiátricos enquadra-se no que Goffman (1974) denominou de "incompatibilidades das instituições totais" para com as estruturas básicas da sociedade, sobre o que este autor cita a forma de pagamento pelo trabalho realizado e a relação com a família, e aqui acrescentamos, a

[61] Minayo (1996) ao estudar as "linhas de pensamento" na metodologia de pesquisa qualitativa em saúde, destaca a influência dos trabalhos deste autor para a área da saúde, particularmente, o impacto de sua análise das "instituições totais".

relação com o tempo. Tais incompatibilidades geram o que este autor chamou de "desculturamento" ou "destreinamento" que consiste na inabilidade temporária do paciente em enfrentar alguns aspectos de sua vida diária, ao que enfatizamos a relação com o aspecto cronológico do tempo, tal como no espaço cultural e social extramuro. E arriscamos, sem receio de exagero, dizer que tais inabilidades podem ser mais do que temporárias, no que se refere às "marcas" deixadas.

> A barreira que as instituições totais colocam entre o internado e o mundo externo assinala a primeira mutilação do eu. Na vida civil, a seqüência de horários dos papéis do indivíduo, tanto no ciclo vital quanto nas repetidas rotinas diárias, assegura que um papel que desempenhe não impeça sua realização e suas ligações em outro. *Nas instituições totais, ao contrário, a participação automaticamente perturba a seqüência de papéis, pois a separação entre o internado e o mundo mais amplo dura o tempo todo e pode continuar por vários anos.* Por isso ocorre o despojamento do papel. Em muitas instituições totais, inicialmente se proíbe as visitas vindas de fora e as saídas do estabelecimento, o que assegura uma ruptura inicial profunda com os papéis anteriores e uma avaliação da perda de papel (GOFFMAN, 1974, p. 24. Grifo nosso).

Esse autor refere que tal *ruptura inicial profunda com os papéis anteriores* remete o internado à perda do passado. Moffatt (1984) refere-se a um passado "congelado", enquanto, corolariamente, impede-se uma avaliação do porvir, sobre o que denomina como uma ausência de projeção/perspectiva do futuro. O que nos remete à reflexão de que encarcerado em um presente *imóvel* torna-se natural da espacialidade manicomial. Manifesta-se ainda como expressão da ruptura dos papéis anteriores a retirada dos pertences individuais.

> (...) Ao ser admitido numa instituição total, é muito provável que o indivíduo seja despido de sua aparência usual, bem como dos equipamentos e serviços com os quais a mantém, o que provoca desfiguração pessoal. Roupas, pentes, agulha e linha, cosméticos, toalhas, sabão, aparelho de barba, recursos de banho – tudo isso pode ser tirado dele ou a ele negado, embora alguns possam ser guardados em armários inacessíveis, para serem devolvidos *se e quando sair* (GOFFMAN, 1974, p. 28-9. Grifo nosso).

> Os objetos valiosos ou quebráveis – por exemplo, dentaduras, óculos, relógios de pulso –, que freqüentemente constituem parte integral da imagem do corpo, poderiam ser guardados fora do alcance de seus donos. Os documentos oficiais de identificação também poderiam ser conservados pela instituição (GOFFMAN, 1974, p. 205).

Nas acomodações, tem-se como mobília "apenas cadeiras e bancos pesados de madeira" (GOFFMAN, 1974), segundo nossa experiência como pesquisadores em hospitais psiquiátricos, podemos acrescentar que predominam os bancos e mesas fixas, chumbadas ao chão, não podendo ser movidos de um lugar para outro, como por exemplo, de um local escuro e sem ventilação para próximo de uma área arejada, como uma janela, mesmo que com grades.

Goffman (1974) nos sugere uma avaliação perspicaz no que se refere ao tempo para o paciente psiquiátrico institucionalizado, aglutinando a perspectiva de tempo ao sugerir que o *sentimento de tempo perdido* nas instituições totais não se deve apenas às condições duras de vida, mas também, às perdas de contatos sociais usuais.

> Por mais duras que sejam as condições de vida nas instituições totais, apenas as suas dificuldades não podem explicar esse *sentimento de tempo perdido*; precisamos considerar as perdas de contatos sociais provocadas pela admissão numa instituição total e (usualmente) pela impossibilidade de aí adquirir coisas que possam ser transferidas para a vida externa – por exemplo, dinheiro, formação de ligações conjugais, certidão de estudos realizados. *Uma das virtudes da doutrina de que os hospitais para doentes mentais são hospitais para tratamento de pessoas doentes é que os internados, depois de terem dedicado três ou quatro anos de suas vidas a esse tipo de exílio, podem tentar convencer-se de que trabalharam ativamente para sua cura e que, uma vez curados, o tempo aí dispendido terá sido um investimento razoável e proveitoso.* Este *sentimento de tempo morto* provavelmente explica o alto valor dado às chamadas atividades de distração, isto é, atividades intencionalmente desprovidas de seriedade, mas suficientemente excitantes para tirar o participante de seu "ensinamento", fazendo-o esquecer momentaneamente a sua situação real. Se se pode dizer que as atividades usuais nas instituições totais *torturam o tempo*, tais atividades *o matam misericordiosamente* (GOFFMAN, 1974, p. 65. Grifo nosso).

Comba (1985, p. 203), ao escrever sobre a experiência de Gorizia na Itália, destaca que o manicômio "é um mundo sem história; em seus portões o tempo pára. Dentro, os dias se sucedem indistintos, idênticos e vazios"...

> Os últimos dias, as últimas horas antes do internamento são um "passado próximo" (mesmo que a data seja corretamente citada e remonte a vinte ou trinta anos atrás). A filhinha chora, tem dois anos, não cresceu nunca; a filha de vinte anos que vem visitar a mãe não pode ser a mesma pessoa e sua presença não elimina a angústia atual daquele abandono. Muitas pessoas ignoram a própria idade, desconhecem a data, mesmo que conheçam o ano em que nasceram e saibam fazer cálculos simples. Um acontecimento importante ocorrido "dentro" (ontem ou há dez anos) é recordado de maneira idêntica: não é história, é lenda (COMBA, 1985, p. 203. Grifo da autora).

O "tempo morto" dos hospitais psiquiátricos, referido por Moffatt (1984) como um "presente enorme e vazio", desprovido de orientação passado-futuro, pois se negam evidências simples como os pertences pessoais e desconhece-se a data de saída, pode cumular na total ausência de sentido, revelando-se como um presente atemporal do ponto de vista convencional e desabonador na ótica da identidade do sujeito, porque desconectado com a duração, condição *sine qua non* para o engajamento temporal perceptível, pessoal e socialmente.

Ora, mas e os jornais e revistas *produzidos pelos internados* dos hospitais psiquiátricos não lhes dá o sentido temporal, similarmente atribuído aos relógios e calendários?

Goffman (1974, p. 86) refere-se ao jornal ou revista mensal como uma das formas mais comuns de *cerimônia institucional*. Nestas cerimônias "todos os colaboradores são recrutados entre os internados", ou seja, são os eleitos, e acrescenta, "a supervisão e a censura são exercidas por uma pessoa da equipe dirigente que tenha mais afinidade com os internados (...). O material apresentado tende a fechar um círculo em torno da instituição e a dar um caráter de realidade pública ao mundo interior".

> A redação cabe aos internados, mas exprime a interpretação oficial das funções da instituição, a teoria da equipe dirigente quanto à natureza humana, uma versão idealizada das relações entre a equipe dirigente e os internados, e a posição que um convertido ideal deveria aceitar – em resumo, apresenta a linha de ação da instituição (GOFFMAN, 1974, p. 86).

Ou seja, no que Goffman (1974) denominou de *cerimônias* e *exibições institucionais* – representadas, respectivamente, pelos jornais, revistas, esportes internos, festa anual (o Natal); e, pelo teatro institucional – têm-se indícios da presença da orientação oferecida pelo relógio e pelo calendário, mas, no entanto, o caráter regulado dessas manifestações distorce tal possibilidade de orientação temporal, desconectando-a do sentido de duração do tempo extramuro. Seja pelo fato de serem atividades semi-erigidas apenas pelos "eleitos", seja pelo fato de serem atividades controladas pela equipe dirigente, seja pelo fato da instantaneidade/momentaneidade – apenas, com efeito "exibição" pública – da ação. Ainda sobre os eleitos, vale destacar que, no hospital psiquiátrico, ser eleito significa ser obediente/subserviente – convertido ou colonizado no dizer de Goffman (1974) –, o que, por sua vez, implica na ausência de questionamento sobre qualquer coisa.

Segundo Goffman (1974), o paciente de hospitais para doentes mentais "parece atingir um novo platô quando aprende que pode sobreviver ao agir de uma forma que a sociedade considera como capaz de destruí-lo". Supomos que isso se dá porque o paciente descobre/(re)inventa formas de construção/sobrevivência. Sobre esse aspecto de (re)invenção do paciente psiquiátrico e considerando-se que a suspensão da vivência de duração passado-presente-futuro pode destruir a perspectiva de vida e de identidade, percebemos que o "esquecimento" constitui uma forma de sobrevivência deste paciente com relação ao tempo. O tempo oficialmente negado, mas que se afirma em formas de sobrevivência, como se afirmam outros aspectos da condição do paciente psiquiátrico institucionalizado.

Como formas de sobrevivência dentro das instituições totais, Goffman (1974) cita, por exemplo, a circulação de mensagens:

> Tão importante quanto a circulação de corpos e objetos materiais é a circulação de mensagens. Aparentemente, os sistemas ocultos de comunicação constituem um aspecto universal das instituições totais. (...) Neste caso, os hospitais psiquiátricos apresentam material interessante. (...) Muitos pacientes mantinham a tática de não receber e não apresentar comunicação de tipo explícito. (...) Para esses pacientes, o afastamento pelo silêncio era a posição oficial – uma defesa, presumivelmente, contra os auxiliares inoportunos e outros pacientes, e que era considerada, ainda que de má vontade, como sintoma de doença mental. (...) A fim de conservar a opção de fingir-se de surdos e cegos e conseguir superar as restrições concomitantes de comunicação, alguns pacientes das enfermarias "mais atrasadas" pareciam empregar um conjunto especial de convenções de comunicação entre si. (...) Um pedido ou um oferecimento, bem como uma aceitação ou negação, poderiam ser assim transmitidos sem "tirar a máscara" e participar da comunicação (p. 210-1. Grifo do autor).

Esses "sistemas ocultos de comunicação" são legitimados para além das "igrejinhas", como, por exemplo, o *sistema de cigarros*, concretizado entre os pacientes, incluídos aqueles considerados mais comprometidos psiconeurobiologicamente:

> (...) sistema de cigarros que incluía o direito de pedir e a obrigação de dar fogo de um cigarro aceso. É surpreendente que os pacientes nas piores enfermarias, tão doentes que há anos estavam mudos, tão hostis que recusavam a oferta de um cigarro, e tão distraídos que esqueciam de apagar um cigarro que tinha começado a queimar suas mãos, observassem esse sistema (GOFFMAN, 1974, p. 230).

O tempo esquecido pode constituir um subterfúgio para o presente irremediável da longa internação psiquiátrica, sendo a memória evocação seletiva que transforma as experiências anteriores para ajustá-las a realidade vivenciada ou então pratica o esquecimento "que é o único a dar lugar a um presente" (CERTEAU 1985 apud DOSSE, 2004).

Com relação a este presente pode-se atribuir "a idéia de que a pessoa está passando por tratamento durante vários anos, mas que será útil para o resto da vida, pode dar a alguns pacientes a *possibilidade de encontrar um sentido aceitável para o tempo que passam exilados no hospital*" (GOFFMAN, 1974, p. 310. Grifo nosso). Sobre o que acreditamos ser uma forma de evidenciar a busca de conexão com o tempo extramuro e a constatação de que

desejavam transformar aquele "tempo morto" em tempo vivido/vivo, tempo legitimado pela sociedade extramuro, seu tempo convencional.

Outro aspecto para *encontrar um sentido aceitável para o tempo que passam exilados no hospital*, usado por alguns pacientes e propugnado pela equipe médica do manicômio, é o recurso à laborterapia – a cura pelo trabalho. Ressalte-se que essa *terapia* foi advogada exclusivamente para os pacientes indigentes[62].

Minzoni (1975), em estudo realizado em um hospital psiquiátrico de uma cidade do interior do Estado de São Paulo, constatou que:

> *Na área destinada aos pacientes não se vê relógio, calendário ou espelho.* (...) *Durante o dia não existe horário para repouso e os pacientes indigentes não têm acesso ao leito*; somente os particulares e alguns considerados melhores o têm. (...) *O horário das refeições é rígido*, sendo trancadas as portas que oferecem acesso a outras áreas do hospital, além do pátio e banheiros. (...) *O paciente indigente não tem comunicação com o meio exterior através de jornais e revistas*, nem pode se comunicar com os familiares por carta ou telefone. A família não participa do tratamento, os dias de visita são regulamentados e nesses dias os familiares não podem circular pela área do hospital. Ficam restritos ao local destinado às visitas. Para os particulares há liberdade de visitas e comunicação com a família. O hospital é rígido em seus regulamentos e rotinas, não permitindo a participação do pessoal de enfermagem e do paciente nas decisões (p. 35-8. Grifo nosso).

Scatena (1982, p. 48) pesquisou uma instituição psiquiátrica governamental do Rio Grande do Norte e identificou que "espelho, calendário e relógio, símbolos que facilitam a identificação e localização no tempo e espaço não são encontrados em todo o hospital", constatando ainda, "a retirada de seus [dos pacientes] objetos pessoais" e os "horários e

---

[62] Sobre este tema, bastante abordado pela literatura psiquiátrica nacional e internacional, pode ser consultado, dentre outros trabalhos, MACHADO et al. *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil.* Rio de Janeiro: Graal, 1978, precisamente, *"A distribuição do tempo"*, páginas 439-43. Atente-se para o fato de que o emprego do trabalho como terapia nos hospitais psiquiátricos tomou conotação de classe social, trata-se de um tema amplo e polêmico e que aqui o frisamos apenas no que concerne à apropriação do sentido de tempo, não intentando adentrar as suas demais particularidades.

regulamentos rígidos que ele deve seguir". Assim como, a distinção dos pacientes em não contribuintes e previdenciários.

Note-se a reprodução, no manicômio, da divisão dos pacientes em classes, onde, para os indigentes, as condições e regulamentos do hospital acirram-se, sem deixar margem para qualquer liberdade. Assim como a hegemonia do poder médico que se impõe e se indispõe a qualquer participação dos demais profissionais e/ou dos pacientes.

Por um lado dias indistintos, idênticos e vazios; privilégios de acordo com classe social e/ou "bom comportamento"; idades ignoradas; símbolos de orientação temporal convencional ausentes; pertences pessoais subtraídos; horários rígidos das refeições e demais atividades: *mundo sem história*, por outro e simultaneamente, sistemas ocultos de comunicação; rebeldia à uniformidade, "esquecimento", justificativa de que se estar em tratamento: *história dos marginais*. Esses traços acentuam a discrepância em relação à orientação temporal da sociedade extramuro.

Considerando que Moffatt (1984) se refere aos manicômios argentinos, Goffman (1974) relata a realidade norte-americana, Comba (1985) trata de experiências italianas e os estudos de Minzoni (1975) e de Scatena (1982) foram realizados em diferentes regiões sociogeográficas do Brasil (Sudeste e Nordeste), percebemos que tal situação conforma-se na cultura manicomial real, nacional e de outros países.

Pereira, Scatena e Labate (2001), ao realizarem um estudo sobre as representações de pacientes psiquiátricos sobre a condição de "doente mental", com tempo de permanência de internação entre 15 e 50 anos, no Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto-SP[63], elencaram a percepção de tempo vivido por esses pacientes em três categorias: 1. Tempo e atividade: onde

[63] Campo de investigação da presente pesquisa.

surgem relatos de possibilidade para “fazer o tempo passar”; 2. O acostumar-se: onde as falas denunciam uma “idéia de passividade, à espera de um tempo sem esperança”; 3. Doença mental como um tempo adjetivado: onde surgem relatos que referem-se à doença, motivo da internação, como um tempo adjetivado e no passado, do qual sobreviveram, “escaparam” da doença e dos riscos de seus tratamentos[64].

Mas, o que sustentou o tempo parado? Quando não havia atividade, não havia tempo? Como é “não haver tempo”? Ou o que substituía, como se adere e com quê há um tempo sem esperança? Não havia tempo? Se “escapou-se” da morte vista, em tantos que não “sobreviveram” e o adoecer é relatado no passado, o que sustentou aquele tempo e o transpôs no fato de estar vivo hoje? Quais os subterfúgios da duração “parada”? Que registros se sobrepuseram? O que substituiu uma convenção tão poderosa em nossa sociedade, como a do tempo? Considerando-se ainda que se tratava de uma convenção omitida, mas afirmada pelo ir-e-vir dos trabalhadores da instituição que utilizavam-na.

Ao questionamento acerca do conhecimento e uso do relógio, os participantes da pesquisa revelaram depoimentos que nos faz interpretar duas possibilidades: uma de desprezo por este recurso de mensuração convencional do tempo, o que se justifica pela vivência manicomial. E outra de “economia” do tempo institucionalizado, como se, ao guardar o marcador do tempo a vivência institucional pudesse ser negada, ou pelo menos, abreviada.

> Relógio. Eu tenho, mas eu não quero mais não. Está guardado (E-1).
>
> Tenho, um relógio meu, guardado ali (E-8).

[64] “Tinha gente que até morreu de choque! Eu graças a Deus vivi, tô aqui sã, sadia e com saúde...” Relato encontrado no trabalho de PEREIRA; SCATENA; LABATE (2001).

> Meu relógio, eu guardo para não gastar (E-14).
>
> Tenho, mas tá guardado. Tinha dois relógios e sumiu os dois, desapareceu (E-2).
>
> Tenho, um relógio meu, guardado ali, o ponteiro dele tá dando a volta muito devagarinho, aí eu preferi deixar ele guardado (E-3).
>
> Eu não tenho relógio, não sei das horas de relógio, não sei... Ganhei um, mas ta guardado (E-9).
>
> Ah, eu tenho relógio, olhe (E-8). [mostra o relógio de pulso parado].
>
> Eu tenho, mas não olho a hora não (E-7).
>
> Não sei usar não. Eu sei do tempo, olhe {mostra o céu]. Morei na fazenda de meu pai até 12 anos (E-6).

Destacamos que em hospitais psiquiátricos, no seu *tempo morto*, tem-se ainda o agravamento que Goffman (1974) considera pior do que nos campos de concentração e prisões como locais para *matar o tempo*: o fato de que nesses hospitais o auto-isolamento – no tempo, que aqui denominamos de continuado e não contínuo, devido à amputação do sentido de duração – "pode ser tão difícil, que para isso os pacientes precisam empregar recursos que a administração interpreta como sintomas psicóticos" (GOFFMAN, 1974, p. 128). O agravamento, portanto, é o esgar/cristalização/estigma da patologia na pessoa institucionalizada com sofrimento psíquico, catalogada, classificada, reduzida a um depósito de sinais e sintomas do diagnóstico aferido. E assim, tem-se na doença o principal enfoque, em torno do qual se estabelecem tantos obstáculos que competem para a anulação do paciente: o que diz, o que faz, o que não diz ou o que não faz passam de tal maneira a caracterizar a doença, que a pessoa se vê enredada em um verdadeiro inquérito unilateral, de onde é inverossímil acreditar que sairá sem marcas que juntar-se-ão em uma história de exclusão.

Trata-se da síntese basagliana de que o saber-prática psiquiátrica "colocou o homem entre parênteses para se ocupar da doença" (AMARANTE, 1999). Na esteira dessa síntese, notadamente influenciada pelo pensamento fenomenológico[65] dentre outras fontes, Franco Basaglia e colaboradores propuseram a desinstitucionalização/desconstrução do manicômio e dos seus aparatos, como necessidade para a subversão da lógica reificadora operante, imprimindo o agir da Instituição Negada, e na iminência desta, a experiência da Instituição Inventada.

A Instituição Negada é a recusa do reducionismo que instrumentaliza e da violência que coisifica a condição da pessoa com sofrimento psíquico, traduzindo-a apenas em um diagnóstico clínico. E assim, é a busca declarada pela complexificação desta condição, tal como deve ser, posto que é corolário da complexa condição humana.

> A tradição basagliana vem matizada com cores múltiplas; traz em seu interior a necessidade de uma análise histórico-crítica a respeito da sociedade e da forma como esta se relaciona com o sofrimento e a diferença. É, antes de tudo, um movimento 'político': traz a *polis* e a organização das relações econômicas e sociais ao lugar de centralidade e atribui aos movimentos sociais um lugar nuclear, como atores sociais concretos, no confronto com o cenário institucional que, simplesmente, perpetuam/consomem ou questionam/reinventam. (...) O que agora estava em jogo neste cenário dizia respeito a um projeto de desinstitucionalização, de desmonstagem e desconstrução de saberes/práticas/discursos comprometidos com uma objetivação da loucura e sua redução à doença (p. 47-49).

Ora, se a experiência da Instituição Negada/Inventada "traz a *polis* e a organização das relações econômicas e sociais ao lugar de centralidade" (AMARANTE, 1999, p. 47), traz o

---

[65] Edmund Husserl, eminente sistematizador de um projeto fenomenológico para a possibilidade do conhecimento, propõe a operação de redução fenomenológica, onde o mundo exterior seria *posto entre parênteses* para que a investigação se ocupasse do fenômeno em evidência. Porém, Husserl destaca que a redução não pode ser compreendida como uma negação ou uma limitação, apenas como suspensão para o desvelamento dos fenômenos da consciência, mediante a intencionalidade, em última instância criadora (HUSSERL, 1992). É curioso notar a argúcia basagliana sobre a apreensão da súmula psiquiátrica, e é muito triste notar que já neste caso, na psiquiatria, a redução foi mesmo traduzida como negação e limitação, mediante *outra intencionalidade* nada criadora do ponto de vista da pessoa que cai nas teias do saber/poder psiquiátrico.

tempo como ele se traduz nessa *polis* de sujeitos sociais/concretos. O tempo, esse tal componente da complexa condição humana, que não se torna menos importante pelo fato de ter sido instituído através da cronologia. O tempo, essa "coisa" que não passa, nos atravessa, exigindo para tanto, formas de sustentação. A duração do tempo exteriorizada em passado-presente-futuro e o recurso cronológico negado no hospital psiquiátrico e restituído pela negação da instituição trazem a possibilidade/alternativa para a pessoa com história de longa internação de recorrer ou não aos padrões cronológicos usuais na sociedade externa.

Em torno dessa possibilidade, aparentemente fortuita e/ou meramente instrumental, acreditamos que se desvelam componentes de satisfação da pessoa com sofrimento psíquico como agente social concreto. Afinal, como reabilitar alguém que só utiliza um tempo íntimo? Que não sabe *numerar* o tempo, símbolo inexorável em uma sociedade capitalista? Posto que a contratualidade exige o intercâmbio social. A sociedade dos *habilitados* é exigente e costuma ser unânime... não aceita gratuitamente o tempo não exposto da *sua maneira*.

> Estamos socialmente condicionados a considerar a imersão total no espaço e no tempo exteriores como coisa normal e saudável. A imersão no espaço e no tempo interiores tende a ser considerada um afastamento anti-social, um desvio inválido, patológico *per se* e, de certo modo, desabonador (LAING, 1974 apud SILVEIRA, 2001, p. 43).

Pereira (2003), em estudo sobre as representações de transtorno mental elaboradas por familiares de pacientes atendidos em serviços abertos, identificou o *descompasso temporal* como um tema presente nos relatos dos familiares, referido em tom de motivo gerador de conflito intrafamiliar e desânimo frente às possibilidades de reabilitação.

> Nestas narrativas, os sujeitos fazem alusão [sobre os pacientes] a ponteiros de relógios parados no tempo. (...) A continuidade do tempo externo, com as solicitações da vida cotidiana, podem trazer sentimentos variados para o interior do espaço familiar. (...) A rotina no interior do universo familiar tornou-se repetitiva, nervosa, colocando as

> pessoas envolvidas em constante contato com sentimentos conflitantes e produtores de tensão. (...) O desajustamento nos horários habituais (...). Esse descompasso dificulta a participação do indivíduo no jogo social (...) (PEREIRA, 2003, p. 41-2).

Esta autora identificou quatro categorias como temas emergentes sobre o relacionamento entre família e paciente atendido em serviços abertos: o descompasso temporal; a culpa; desavenças/conflitos na família; e perdas. E destacou que os sentimentos de perda e de culpa já se encontravam no paradigma psiquiátrico tradicional advindo da exclusão da vida familiar pelo internamento e de possíveis responsabilidades no processo de adoecimento do paciente. Porém considera que as desavenças ou conflitos gerados no convívio com o paciente e o descompasso temporal, quanto aos ritmos da vida diária, surgem com o contexto da assistência em regime aberto quando o paciente é reinserido no convívio familiar.

Pensamos que todas estas categorias já estavam presentes no modelo hospitalocêntrico, posto que o isolamento tradicional continha os conflitos familiares e o descompasso temporal, apenas vêm à tona nos serviços abertos o que era abafado na assistência psiquiátrica tradicional, trata-se do que Barros (1994, p. 81) descreveu como as "contradições acrescidas pela 'revelação' de uma miséria que antes não se via", literalmente, se omitia, se vigiava, velando-se as tantas contradições oriundas em nome do tratamento e da segurança do paciente.

Daí a iminência de um *elogio* à instituição aberta, não pela "normalização/normatização" do tempo da loucura, mas porque oferece[66] meio de opção/acesso/redução da condição de desabilitado psicossocial, pois fora do manicômio o tempo convencional rege *o mundo dos inseridos* e para aqueles que foram excluídos, nem por isso o

[66] No hospital psiquiátrico não se oferecia, só se cobrava, uma orientação temporal convencional. Embora saibamos que uma vez reinseridos os ex-internados vão ser cobrados quanto a esta orientação, neste processo ao menos, há uma restituição ubíqua dos símbolos referentes e aceitos.

tempo deixou “de passar”, porém isto não deve, agora, obstaculizar uma possibilidade real de reinserção, embora se admita a necessidade de um resgate da “marcação” convencional do tempo, mas respeitando-se a sobrevivência idiossincrática do paciente, mesmo porque os símbolos lhe foram subtraídos e também porque toda uma tradição filosófica nos ensinou que o tempo não é apenas numérico ou linear. O termo-chave de tal *elogio* é mesmo ACESSO. Acesso de mão dupla, intercambiado pela interlocução entre as estruturas de sustentação temporal do paciente psiquiátrico institucionalizado indigente que possibilitaram sua sobrevivência existencial e as evidências do tempo extramuro possibilitadas pela negação do manicômio.

Se o tempo não passa, mas nós é que passamos por ele (ELIAS, 1998), os sujeitos da pesquisa revelaram um passar condicionado pela obediência as regras da instituição, preocupando-se em frisar em seus depoimentos a “bondade” do hospital, fenômeno que compreendemos como historicamente/institucionalmente determinado pois, nos hospitais psiquiátricos, a desobediência sempre fora corrigida com punições, o que inculca em seus moradores a necessidade de anteciparem a justificação da instituição para evitarem “encrenca”. O horário das refeições aparece como marcador do tempo no hospital, o que nos faz refletir sobre que tipo de reabilitação se está fazendo com esses moradores?

> Acordo cedo, sete horas. Tomo café (E-1). [repete várias vezes que “passa bem”, diz que sabe que são sete horas, porque o café no Hospital é nesta hora e a hora do almoço é na hora que vem o almoço]
>
> Levanta cedo, lavo o rosto. Eu fazia de tudo, mas esqueci, lavava aqui (E-2). [aponta para o chão]
>
> É bom porque não acontece nada, não faz diferença dos dias aqui, não acontece nada, não tem encrenca, não se vê briga, não se vê nada (E-6).

Concordamos com Bergson (1988) quando refere que é enganador o conceito científico de tempo e que ao contrário do tempo da ciência, o tempo vivido é qualitativo, mas se o passado confere significado ao presente, a institucionalização em breve será passado para os sujeitos entrevistados, por isso se impõe o acolhimento da experiência de institucionalização, acontecimento para o qual, sabemos que a sociedade brasileira precisa lidar melhor.

Se, hoje, os hospitais psiquiátricos remanescentes ostentam seus signos de orientação temporal cronológica, trata-se de um uso consensional, mas não convencional dos maiores símbolos do tempo na sociedade contemporânea extramuro. Não são poucos os moradores de hospital psiquiátrico que hoje podem usar e "usam" relógios que não funcionam, outros tantos os guardam "para não gastar". Os manicômios em vias de desinstitucionalização apresentam os símbolos outrora negados, mas denunciam seu passado pela falta de sentido para os pacientes destes *adereços* de parede ou de pulso.

A multiplicação disparada dos serviços substitutivos de assistência psiquiátrica faz uma verdadeira corrida para alcançar os objetivos das atuais políticas públicas de saúde mental, o que não quer dizer, necessariamente, a negação das relações manicomiais. Porém, aos trabalhadores destes serviços resta o manejo da *marca* institucional do *tempo estancado* – que para ser um enfrentamento adequado deverá lidar com as experiências das pessoas institucionalizadas – centrando-se na mediação e restituição possíveis de um "tempo morto" marcante e um tempo "desacostumado" porém predominante em sociedade. Assim como, e principalmente, a construção da restituição "dos momentos do espírito" no dizer de Agostinho (2002): expectativa, atenção e lembrança.

A ausência de símbolos convencionais do tempo nos manicômios nos lega um caminho de vestígios, seqüelas (?): essa história nos impeliu a busca das estruturas de sustentação

dos pacientes institucionalizados indigentes no que concerne aos seus registros do tempo cronológico. E a relação com a desinstitucionalização.

No presente estudo, encontramos o “tempo morto” do manicômio referido por estudiosos da área, porém, embora “morto” devido à rotina monótona da instituição, mostra-se morto realmente pela ausência de sentido e a “mortificação do eu” na vivência institucional. Não que os conectores convencionais dêem sentido ao tempo, mas a sua negação e a segregação adicional na “desabilidade” em lidar com estes instrumentos de mensuração temporal também não propiciaram melhor poder de contratualidade do paciente psiquiátrico.

Quando feita a questão norteadora sobre o tempo no hospital, os sujeitos da pesquisa oscilaram entre duas tendências: imediata justificação referindo que no hospital, “tudo é bom”, assim evitavam voltar para a questão, não por incoerência, mas pudemos perceber também pela linguagem não-verbal que o assunto incomodava. A outra tendência também evitativa, revelou “aversão” ao tema.

Em ambos os casos, predominaram relatos de uma temporalidade interceptada, um “conceito bastardo” do tempo transformada na espacialidade do solo imóvel da instituição; uma “presença faltante” marcada pela vivência institucional, mas também por resquícios de um passado pessoal, evocado como lembrança “do ter sido” cidadão; um “esquecimento” como sobrevivência para o estar vivo, justificativa do tempo presente. Sempre um *tempo* de alguma maneira evitado, como se ao “desviarem” o saber do tempo, livrassem-se do seu não-saber ou não-querer-saber. O que, para nós, e de acordo com a tradição da fenomenologia, denuncia a experiência de um tempo subjetivo. Importante e necessário, mas que para os sujeitos entrevistados tornou-se um fardo devido as marcas da institucionalização.

O “tempo guardado” é referido por relógios guardados, sobre o que nos perguntamos se é possível “desistir” do saber do tempo objetivo, ou se este fato se revela pela inutilidade do tempo convencional no hospital psiquiátrico.

O “tempo camuflado” quando de um entrevistado(E-5), não obtivemos senão relatos de fábulas e ditados populares, como a resistir centrar-se no assunto a que nos referíamos, porém, talvez por serem dolorosas a memória.

O “tempo inútil” também remete ao “tempo esquecimento”. O primeiro é referido através do relato de quando se tinha “coisa para fazer” e agora que não tem mais “esqueci” tudo. Percebemos relógios de pulso, parados, mantidos apenas pela função adereço. Mudança de humor evidente ao se tocar no assunto do saber do tempo.

O “tempo-silêncio”: dois entrevistados (E-4; E-12) habituados a interação conosco, um deles sempre falante, ao ser questionado sobre o “seu” tempo, os seus trinta anos de vivência institucional respondeu com silêncio.

Jaspers (2003) refere-se à separação necessária de três aspectos ao nos referirmos ao tempo: o saber do tempo; a vivência do tempo; o tratar do tempo. É quanto à experiência do saber do tempo que percebemos desabilidade quanto ao modo convencional por parte dos entrevistados, o que se justifica considerando-se a longa experiência manicomial.

O tempo congelado do manicômio faz o passado prolongar-se na vivência de seus moradores, imprimindo um único e comovido sentido de presente onde o futuro é sempre “uma fonte de ameaças e terror” (PELBART, 1993).

No mundo encantado do hospital psiquiátrico todos os amanhãs são hoje como foram ontem. Na perspectiva da atenção psicossocial é preciso quebrar o encanto da loucura, fazê-la pertencer à vida, não para normalizar o diferente, mas para ampliar seu poder de contratualidade real. Este é o motivo suficiente para o elogio à instituição negada.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No início do presente estudo, destacamos o ponto de partida como sendo a questão sobre o tempo. Basicamente porque vivenciamos a pressão da sociedade cronológica ao passo que conhecemos a realidade atemporal dos manicômios. A interpretação dos "resultados" revelou um distanciamento que oscila entre uma imediata justificação ou uma "aversão" ao tema investigado, o que denuncia uma temporalidade, em geral, interceptada, marcada pela vivência institucional. Relógio guardado, tempo poupado? Evitado? Para que saber do passar de dias e anos se a dor maior é a do abandono e exclusão?

Considerando a história da psiquiatria/saúde mental e seus agentes – pacientes, trabalhadores e sociedade – nos propusemos a fazer um elogio à instituição negada como via de acesso a potencialização da ampliação do poder contratual de pacientes institucionalizados, em contraposição ao tempo negado nos hospitais psiquiátricos tradicionais.

Cientes de que não basta um novo nome ou um novo lugar para que se tenha uma assistência psiquiátrica diferente da manicomial, insistimos na prerrogativa da produção de sentido. Dizíamos que um elogio à instituição negada não poderia ser incondicional, por isso, trouxemos, ao longo deste estudo, constatações de que há uma reestruturação psiquiátrica no Brasil, porém, o controle social deve ser constante para fins de se evitar apenas um novo reformismo psiquiátrico.

O tempo no manicômio "eivado de indeterminação" é diametralmente oposto ao excesso de seccionamento cronológico da sociedade pós-industrial em que vivemos, mas o legado das percepções resguardadas nas experiências temporais dos pacientes institucionalizados

não é incongruente ao viver. O tempo geralmente não cronometrado, porém vivido, dos pacientes institucionalizados não compõe, em si, desabilidade.

A reestruturação psiquiátrica, com ênfase na atenção psicossocial, possibilita o re-aprendizado das formas de lidar com os mecanismos temporais que caracterizam a passagem do tempo na sociedade extramuro, não que acreditemos que isto seja meio de inclusão, por si, assim como constatamos que nem por ser o tempo do hospício um “tempo morto”, nem por isso deixa de ter e ser expressão para as pessoas com longa história de internação, apesar da mesmice institucional.

Enfim, o lidar com as experiências de pacientes com história de longa internação psiquiátrica sobre o tempo desenvolve potencialidades para o reaprendizado da mensuração convencional na sociedade e contribui para a ampliação do poder de contratualidade real destas pessoas, o que é também, um exercício de reabilitação da própria sociedade em termos de aprendizagem na promoção da inclusão social.

Reiteramos que a referência a um elogio tem o propósito de lembrar em que se instituiu, historicamente, o manicômio e suas práticas. Este conhecimento nos impulsionou e impulsiona o interesse pelos serviços substitutivos como instrumento de restauração da contratualidade de pacientes com longa história de internação psiquiátrica. Este é o motivo suficiente do elogio.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia.** 4 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

AGOSTINHO, S. **Confissões.** São Paulo: Paulus, 2002.

ALVES, D. S. N. Por um programa brasileiro de apoio à desospitalização: o programa de apoio à desospitalização (PAD) enquanto estratégia nacional de reabilitação. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 27-30.

AMARANTE, P. **Psiquiatria social e colônias de alienados no Brasil (1830-1920).** Dissertação de Mestrado, IMS/UERJ, RJ, 1982.

_____. Algumas notas sobre a complexidade da loucura e as transformações na assistência psiquiátrica. **Rev. Ter. Ocup. USP.** v. 3, n. 1/2, p. 8-16, jan./dez., 1992.

_____. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: _____. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. p. 73-84.

_____. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 163-185.

_____. (Coord.). **Loucos pela vida:** a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

_____. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, M. I. A.; SCARCELLI, I. R.; COSTA, E. S. (Org.). **Fim de século**: ainda manicômios? São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1999. p. 47-53.

_____. O Brasil venceu: aprovada a lei de reforma psiquiátrica. **Boletim ABRASCO.** Ano 18, n. 80, p. 5, jan./mar. 2001.

_____. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: _____. (Coord.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial.** Engenheiro Paulo de Frontin, RJ: Nau Editora, 2003. p. 45-65.

BARRETO, L. **O cemitério dos vivos:** memórias. 2 ed. São Paulo: Brasiliense, 1961.

BARROS, D. D. Habilitar – reabilitar... O rei está nu? **Rev. Ter. Ocup.**, São Paulo, v. 2, n. 2/3, p. 100-4, 1991.

_____. **Jardins de Abel:** desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Lemos Editorial, 1994.

BASAGLIA, F. **Psiquiatria alternativa**: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo: Ed. Brasil Debates, 1982.

_____.(Coord.). **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 2. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BASAGLIA, F. et al. Considerações sobre uma experiência comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. p. 11-40.

BASTOS, O. A trajetória marcante de Ulysses Pernambuco. **Neurobiologia**, Recife-PE, v. 55, n. 1. Editorial, p. 1-2, jan./mar. 1992a.

_____. A atualidade de Ulysses Pernambuco. **Neurobiologia**, Recife-PE, v. 55, n. 1, p. 3-10, jan./mar. 1992b.

BRAUDEL, F. **O espaço e a história no Mediterrâneo.** São Paulo: Martins Fontes, 1988.

BERGSON, H. **Ensaio sobre os dados imediatos da consciência.** Portugal: Edições 70, 1988.

_____. **Matéria e memória**: ensaio sobre a relação do corpo com o espírito. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **A evolução criadora.** Portugal: Edições 70, 2001.

BLOCH, M. **Introdução à história.** Portugal: Publicações Europa-América; Forum da História, 1997.

_____. **Apologia da história ou O ofício de historiador.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BOSI, E. **Memória e sociedade**: lembranças de velhos. 3. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

_____. **O tempo vivo da memória**: ensaios de psicologia social. São Paulo: Ateliê Editorial, 2003.

BOUTANG, P. **O tempo:** ensaio sobre a origem. Rio de Janeiro: DIFEL, 2000.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: **Ministério da Saúde**, abr. 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental: 1990-2004. 5 ed. ampl. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2004.

BURKE, P. (Org.). **A escrita da história**: novas perspectivas. São Paulo: Editora UNESP, 1992.

_____. **A escola dos Annales (1929-1989)**: a revolução francesa da historiografia. São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 1997.

CANÇADO, M. L. **Hospício é Deus:** Diário I. Rio de Janeiro: José Álvaro Editor S/A, 1965.

CERQUEIRA, L. **Psiquiatria social**: problemas brasileiros de saúde mental. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1984a.

_____. Cem anos da Tamarineira. **Neurobiologia**, Recife-PE, v. 47, n. 2, abr./jun. 1984b.

CERTEAU, M. de. A operação histórica. In: LE GOFF, J.; NORA, P. (Dir.). **História**: novos problemas. 4. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1995. p. 17-48.

_____. **A escrita da história.** 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CERTEAU, M. de.; GIARD, L.; MAYOL, P. **A invenção do cotidiano**: 2. morar, cozinhar. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

CHAUÍ, M. de S. **Conformismo e resistência**: aspectos da cultura popular do Brasil. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1989.

COMBA, L. J. “C-mulheres”: o último setor fechado. In: BASAGLIA, F. (Coord.). **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 2. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985. p. 197-236.

COSTA, J. F. **História da psiquiatria no Brasil**: um corte ideológico. 3. ed. rev. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P. (Coord.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial.** Engenheiro Paulo de Frontin, RJ: Nau Editora, 2003. p. 13-44.

DELEUZE, G. **Cinema II**: a imagem-tempo. São Paulo: Brasiliense, 1990.

_____. **Bergsonismo.** São Paulo: Editora 34, 1999.

DELGADO, P. G. **As razões da tutela.** Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

DOSSE, F. **A história em migalhas**: dos “Annales” à “Nova História”. São Paulo: Ensaio; Campinas: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1992.

_____. **História e ciências sociais.** Bauru: Edusc, 2004.

ELIAS, N. **Sobre o tempo.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

FEBVRE, L. **Combates pela história.** 3. ed. Lisboa: Editorial Presença, 1989.

FERNANDES, M. I. A. Uma nova ordem: narcisismo expandido e interioridade confiscada. In: FERNANDES, M. I. A.; SCARCELLI, I. R.; COSTA, E. S. (Orgs.). **Fim de século**: ainda manicômios? São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1999. p. 39-46.

FERNANDES, M. I. A.; SCARCELLI, I. R.; COSTA, E. S. Apresentação. In: _____. (Orgs.). **Fim de século**: ainda manicômios? São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1999. p. 11-5.

FIGUEIREDO, G. **O príncipe e os insanos**. São Paulo: Cortez, 1988.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica.** 3. ed. São Paulo: Perspectiva, 1993.

_____. **A arquelogia do saber.** 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.

FREITAS, S. M. de. **História oral**: possibilidades e procedimentos. São Paulo: Humanitas; FFLCH /USP: Imprensa Oficial do Estado, 2002.

GARCIA, J. A. Psiquiatria da comunidade. **Revista de Psiquiatria.** Rio de Janeiro. Número único, ano 1967, p. 7-15. Suplemento especial.

GARRIDO, J. del A. I. As fontes orais na pesquisa histórica: uma contribuição ao debate. **Rev. Bras. Hist.,** v.13, n. 25/26, p. 33-54, 1993.

GELLER, J. L. The last half-century of psychiatric services as reflected in *Psychiatric Services.* **Psychiatric Services.** v. 51, n. 1, p. 41-67, january 2000.

GENTIL, V. Uma leitura anotada do projeto brasileiro de "Reforma Psiquiátrica". **Rev. USP:** dossiê psiquiatria e saúde mental. São Paulo, v. 43, p. 7-23, set./out./nov. 1999.

GERALDES, P. C. A ressocialização através dos psicofármacos. **Revista de Psiquiatria.** Rio de Janeiro, v. 19, n.28, p. 103-8, 1975.

_____. Neurolépticos – Os legítimos e verdadeiros antimanicomiais. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 3, p. 133-6, 1995.

GIOVANELLA, L.; AMARANTE, P. O enfoque estratégico do planejamento em saúde e saúde mental. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. p. 113-48.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos.** São Paulo: Perspectiva, 1974.

GONZALEZ, A-K; PAULA, A. A. de. **Projeto de pensões protegidas do Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto:** reforma psiquiátrica: "como fazemos". Ribeirão Preto, 1995. Mimeo. 7p.

GOUVEIA, R. Manicômios: condições de vidas e de loucuras. Dispõe sobre a investigação e proposição de soluções no que concerne aos manicômios do Estado de São Paulo. São Paulo. Publicado no **D.O.E.** em 4 jun. 1997. p.10-5.

GUIMARÃES, J. **Sobre a criação do Hospital Santa Teresa de Ribeirão Preto**: outras raízes de uma história. Ribeirão Preto, 2001. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

GUIMARÃES, J.; SAEKI, T. Janelas do Santa Teresa: estudo do processo de reabilitação psicossocial do Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto-SP. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 357 - 74, 2001.

HAGUETE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na Sociologia.** 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

HOSPITAL psiquiátrico de Ribeirão Preto: Núcleo de convívio – programa. Ribeirão Preto, 1990. / Mimeografado/. 8p.

HUSSERL, E. **Investigações lógicas**: sexta investigação: elementos de uma elucidação fenomenológica do conhecimento. 5. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1992. (Os pensadores).

JASPERS, K. **Psicopatologia geral.** 8. ed. São Paulo, Atheneu, 2003.

KAPLAN, H. I. **Compêndio de psiquiatria**: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 1997.

LANCMAN, S. A norma psiquiátrica e as leis. **Rev. Ter. Ocup. USP,** v. 2, n. 4, p. 164-72, 1991.

LE GOFF, J.; NORA, P. (Dir.). **História**: novos problemas. 4. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1995.

_____. (Dir.). **História**: novas abordagens**.** 4. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1995.

_____. (Dir.). **História**: novos objetos. 4. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1995.

LE GOFF, J. A história nova. In: LE GOFF, J.; CHARTIER, R.; REVEL, J. (Dir.). **A história nova.** 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. p. 25-64.

_____. Prefácio. In: BLOCH, M. **Apologia da história ou O ofício de historiador.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001. p. 15-34.

_____. **História e memória.** 5. ed. Campinas: Editora da Unicamp, 2003.

LEVAV, I. et al. Salud mental para todos en América Latina y el Caribe. Bases epidemiológicas para la acción. **Boletín de la Oficina Sanitária Panamericana.** v. 107, n. 3, septiembre 1989. p. 196-219.

LEVAV, I.; RESTREPO, H.; MACEDO, C. G. de. A reestruturação psiquiátrica na América Latina: uma nova política para os serviços de saúde mental. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 43, n. 2, p. 63-9, 1994.

LUZ, M. A história de uma marginalização: a política oficial de saúde mental – ontem, hoje, alternativas e possibilidades. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. p. 85-95.

MACHADO, R. et al. **Danação da norma**: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MANDELBAUM, B.; SILVA, C. A. da. Comunidade terapêutica. **Revista de psiquiatria.** v. 14, n. 22, p. 27-45, 1972.

MATOS, C. G. (Org.). **Lucien Febvre**: história. São Paulo: Ática, 1978.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 4. ed. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 1996.

MINZONI, M A. **Assistência de enfermagem ao doente mental internado**: análise de uma experiência de treinamento de atendentes em hospital psiquiátrico. Ribeirão Preto, 1975. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1975.

MOFFATT, A. **Psicoterapia do oprimido**: ideologia e técnica da psiquiatria popular. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1984.

_____. **Terapia de crise**: teoria temporal do psiquismo. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1987.

NICÁCIO, F. Rede internacional de saúde mental comunitária. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 9, n. 1, p. 3-4, jan./abr. 1998.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Reestruturação da assistência psiquiátrica: bases conceituais e caminhos para sua implementação** / Organização Panamericana de Saúde. Instituto Mario Negri – Milão: OPS, 1990.

PAIM, I. **Tratado de clínica psiquiátrica.** 2. ed. São Paulo: Ciências Humanas, 1980.

PELBART, P. P. **A nau do tempo rei:** sete ensaios sobre o tempo da loucura. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1993.

PEREIRA, M. A. O. **A reabilitação psicossocial no atendimento em saúde mental**: estratégias em construção. Ribeirão Preto, 2003. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

PEREIRA, M. A. O.; SCATENA, M. C. M.; LABATE, R. C. O tempo vivido e o sofrer psíquico: a percepção de pacientes psiquiátricos. **Rev. Enfermagem da UERJ,** Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 225-30, set./dez. 2001.

PIRELLA, A. A negação do hospital psiquiátrico tradicional. In: BASAGLIA, F. (Coord.). **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 2. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985. p. 175-196.

PITTA, A. Reorientação do modelo de atenção: equidade e justiça social na organização de serviços de saúde mental. In: **Cadernos de Textos.** III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não. Brasília, dezembro de 2001. p. 20-30. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/doc/Caderno.pdf >. Acesso em: 26 jul. 2003.

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

PRIMO, N. C. **A equipe de saúde no Hospital Psiquiátrico.** Ribeirão Preto, 1975. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1975.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. do R. **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 15-73.

RIBEIRÃO PRETO. Câmara Municipal de Ribeirão Preto. Lei n º 6.820 de 07 de junho de 1994. Regulamenta a reforma psiquiátrica em Ribeirão Preto e dá outras providências. Ribeirão Preto, 1994, publicado no **D.O.M.** em 15 jul. 1994.

_____. Câmara Municipal de Ribeirão Preto. Lei n º 8.555 de 01 de setembro de 1999. Autoriza a COHAB-RP a locar imóveis retomados do Conjunto Habitacional Branca Salles ao Programa de Reinserção Social do Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 1999, publicado na **Diretoria Geral da Secretaria da Câmara Municipal de Ribeirão Preto** em 1 set. 1999.

ROTELLI, F. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. p. 149-169.

ROTELLI, F.; AMARANTE, P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JÚNIOR., B.; AMARANTE, P. (Orgs.). **Psiquiatria sem hospício:** contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 41-55.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O. de.; MAURI, D. **Desinstitucionalização.** 2 ed. São Paulo: Editora HUCITEC, 2001.

ROTTERDAM, E. de. **Elogio da loucura.** São Paulo: Editora Martin Claret, 2002.

RUSSELL, B. **História da filosofia ocidental.** 4 ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília; São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1982. Cap. 4, p. 29-40: Erasmo e Sir Thomas More.

RUSSELL, B. **História do pensamento ocidental:** a aventura dos pré-socráticos a Wittgenstein. Rio de Janeiro: Ediouro, 2002.

SAEKI, T. **Análise da prática do enfermeiro em um Hospital Psiquiátrico.** Ribeirão Preto, 1994. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1994.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto. **Pensões protegidas geridas por sociedades civis filantrópicas contratadas pelo Estado**: registros. Ribeirão Preto, s.d./ Mimeografado/. 5p.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto. **Vila Terapêutica do Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Preto:** registros. Ribeirão Preto, 1988. / Mimeografado/. 5p.

SARACENO, B. A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 9, n. 1, p. 26-31, jan./abr. 1998.

SCATENA, M. C. M. **Estudo da assistência de enfermagem psiquiátrica prestada ao doente mental internado em instituição governamental do Rio Grande do Norte.** Ribeirão Preto, 1982. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1982.

SCHITTAR, L. A ideologia da comunidade terapêutica. In: BASAGLIA, F. (Coord.). **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 2. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985. p. 135-156.

SCHMITT, J-C. A história dos marginais. In: LE GOFF, J.; CHARTIER, R.; REVEL, J. (Dir.). **A história nova.** 4 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. p. 261-90.

SCHWARCZ, L. M. Apresentação. In: BLOCH, M. **Apologia da história ou O ofício de historiador.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001. p. 7-12.

SERRANO, A. I. **O que é psiquiatria alternativa.** São Paulo: Nova Cultural: Brasiliense, 1986.

SILVA, K. V.; SILVA, M. H. **Dicionário de conceitos históricos.** São Paulo: Contexto, 2005.

SILVEIRA, N. da. **O Mundo das Imagens.** São Paulo: Ática, 2001.

SLAVICH, A. Mito e realidade da autogestão. In: BASAGLIA, F. (Coord.). **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. 2. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985. p. 157-174.

TÉTART, P. **Pequena história dos historiadores.** Bauru: Edusc, 2000.

THOMPSON, P. **A voz do passado**: história oral. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

TICLI, K. K. **As instituições totais e a cidade do século XX**: uma análise da arquitetura disciplinar na cidade de Ribeirão Preto. São Carlos, 2000. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) - Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Carlos, 2000.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992.

VELASCO, M. E. R. Neoliberalismo e políticas de saúde mental no México: a reestruturação psiquiátrica tão longe e tão perto. In: FERNANDES, M. I. A.; SCARCELLI, I. R.; COSTA, E. S. (Orgs.). **Fim de século**: ainda manicômios? São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1999. p. 83-91.

VENTURINI, E. Prefácio à primeira edição. In: AMARANTE, P. (Coord.). 2 ed. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p. 13-6.

VERDENAL, R. A filosofia de Bergson. In: CHÂTELET, F. **História da filosofia:** de Kant a Husserl. 2 ed. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1995. p. 237-258.

VOVELLE, M. **Ideologias e mentalidades.** São Paulo: Brasiliense, 1987.

WHITROW, G. J. **O tempo na história**: concepções do tempo da pré-história aos nossos dias. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1993.

ZERBETTO, S. R.; ALENCASTRE, M. B.; SAEKI, T. Desinstitucionalização: a experiência do movimento de luta antimanicomial de Ribeirão Preto. In: LABATE, R. C. (Org.). **Caminhando para a assistência integral.** Ribeirão Preto: Scala, 1999. p. 85-91.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO SUJEITO DA PESQUISA

Após ser comunicado e interrogado se poderia participar da pesquisa abaixo referida, eu, _____, assino em baixo, declarando que participo voluntariamente e que fui esclarecido, assim como o meu representante legal, de que a presente pesquisa tem como objetivo *conhecer as formas de registro do tempo para mim durante a minha internação no Hospital Psiquiátrico*. As informações que eu ceder serão usadas somente para a presente pesquisa e de forma que não exponha o meu nome; posso, a qualquer momento, desistir de participar da presente pesquisa, podendo anular as informações que já tenham sido dadas, sem nenhum prejuízo para mim.

Tendo esclarecimento dessas informações, assim como o meu representante legal, participo do desenvolvimento da presente pesquisa, e assim, autorizo **Jacileide Guimarães**, a gravar e transcrever os meus depoimentos, sem me identificar, na escrita deste trabalho.

Data: ____ de _____ de _____.

_____

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

_____

Assinatura do seu Representante Legal

_____

Pesquisadora

Jacileide Guimarães

APÊNDICE 2

ROTEIRO DA ENTREVISTA

1) Dados pessoais do entrevistado

Idade:

Sexo:

Tempo de internação:

2) Questão norteadora:

→ Como você registra o tempo aqui no Hospital?

3) Questões Correlatas:

→ Há quanto tempo você está no Hospital?

→ Como você passa o dia no Hospital?

ANEXOS

ANEXO 1

AVALIAÇÃO E APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: 55 - 016 - 633-3271 / 55 - 016 - 630-2561 / TELEFONES: 55 - 016 - 633-0379 / 602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 0100/203

Ribeirão Preto, 22 de agosto de 2003.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 55ª Reunião Ordinária, realizada em 20 de agosto de 2003.

Protocolo: nº 0377/2003

Projeto: O Tempo: Elogio À Instituição Negada

Pesquisadores: Toyoko Saeki (Orientadora)
Jacilene Guimarães (Doutoranda)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Maria Judy Moguillansky
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profª Drª Toyoko Saeki
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO 2

AVALIAÇÃO E APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA MÉDICA DO HOSPITAL SANTA TERESA DE RIBEIRÃO PRETO

Protocolo nº

HOSP. SANTA TERESA DE RIB. PRETO
Diretoria de Núcleo de Apoio Administrativo
Protocolo nº 000621
Data 19 MAI 2003
Responsável

Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Comitê de Ética Médica do Hospital Santa Teresa de Ribeirão Preto

Ao Doutor Alan Kardec Gonzalez
Diretor do Hospital Santa Teresa de Ribeirão Preto

Tendo em vista o objetivo de entrevistarmos pacientes-moradores do Hospital Santa Teresa de Ribeirão Preto, na qualidade de **sujeitos da pesquisa**, encaminhamos o projeto de pesquisa de doutorado, intitulado "Sobre o tempo: elogio à instituição negada", da doutoranda Jacileide Guimarães com orientação da Professora Doutora Toyoko Saeki, para apreciação e parecer do Comitê de Ética Médica do Hospital Santa Teresa de Ribeirão Preto.

páginas 16, 24 e 25.

Jacileide Guimarães
Doutoranda EERP-USP

INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO			
26. Nome: Hospital Santa Tereza de Rib.Preto	29. Endereço (Rua, nº): Av. Duelmo Peraiza, 495 - A. Boa Vista		
27. Unidade/Órgão: Secretaria da Saúde	30. CEP: 14026-390	31. Cidade: P. Preto	32. U.F. S.P.
28. Participação Estrangeira: Sim ( ) Não (X)	33. Fone: 39.19.9000	34. Fax.: 637.1440	
35. Projeto Multicêntrico: Sim ( ) Não (X) Nacional ( ) Internacional ( ) (Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil)			
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição) :Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução Nome: Alankardec Gonzalez Cargo: Diretor Tec. de Depto de Saúde Data: 19/05/2003 Assinatura: Dr. Alankardec Gonzalez Diretor Técnico de			