

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE MESTRADO INTERINSTITUCIONAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
FACULDADE DE ENFERMAGEM E NUTRIÇÃO

A HISTÓRIA DE UM LOUCO:
reflexões sobre o modelo tecnológico
psiquiátrico de Cuiabá

Por

ALICE GUIMARÃES BOTTARO DE OLIVEIRA

ORIENTADORA:

Dr^a FLÁVIA REGINA SOUZA RAMOS

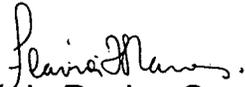
Cuiabá
1998

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE MESTRADO INTERINSTITUCIONAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
FACULDADE DE ENFERMAGEM E NUTRIÇÃO

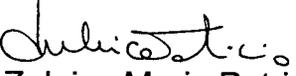
Título: A HISTÓRIA DE UM LOUCO: REFLEXÕES SOBRE O
MODELO TECNOLÓGICO PSIQUIÁTRICO DE CUIABÁ

Dissertação apresentada à Banca Examinadora por
Alice Guimarães Bottaro de Oliveira, sob a orientação
da Profª Drª Flávia Regina Souza Ramos, para
obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, pela
Universidade Federal de Santa Catarina - Programa
de Mestrado Interinstitucional UFSC/UFMT.

Membros da Banca Examinadora:


Drª Flávia Regina Souza Ramos
Presidente


Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante
Examinador


Drª Zuleica Maria Patricio
Examinadora

Zé, Igor e Thaís - minhas raízes, minhas luzes,
meus sonhos - obrigada. Eu não conseguiria sem
vocês...

Aline, minha filha,
Ana, minha mãe,
vocês não estiveram ausentes nessa caminhada...

AGRADECIMENTOS

Dentre todas as pessoas que me ajudaram a construir esse trabalho, gostaria de agradecer em especial à algumas, sabendo contudo da injustiça que cometerei com muitas outras, às quais, mesmo não sendo aqui mencionadas, eu serei sempre grata pela disponibilidade, ajuda, compreensão e tolerância.

Agradeço especialmente à Orestes e à sua família, por permitirem que eu adentrasse de forma tão intensa em suas vidas para construir esse trabalho. E à todos os "Orestes" que eu conheci, com suas tristes, dolorosas e instigantes histórias,... vocês são a razão deste trabalho.

Obrigado Flávia, orientadora e amiga, por ter sempre me orientado sem querer me modificar. Obrigada pela orientação brilhante, pelo apoio e compreensão irrestritos.

Agradeço à todas as colegas do mestrado, em especial à Majoreth, Janete, Rose, Marlene e Solange, pela ajuda em toda a caminhada desse curso e pela solidariedade.

Obrigado Fátima, pelo carinho, paciência, respeito e pela disponibilidade para compartilhar reflexões que tanto me ajudaram a construir esse trabalho.

Dagmar, amiga que apesar da distância me orienta e me estimula, muito obrigado.

Agradeço à equipe de Saúde Mental do Centro de Especialidades de Cuiabá e em especial à Jane, amiga e companheira de luta.

Agradeço à todas as colegas, professoras e funcionárias do DENFA e da FEN que, direta ou indiretamente, me ajudaram a refletir sobre o tema desse trabalho e permitiram a sua realização, liberando-me de outras atividades.

Às professoras da UFSC e da UFMT que, pelo dinamismo e dedicação, possibilitaram a realização desse curso, muito obrigado.

RESUMO

O presente estudo analisa alguns elementos do Modelo Tecnológico Psiquiátrico de Cuiabá, a partir de sua identificação na história da assistência psiquiátrica de um “doente mental”/louco nessa cidade. Analisa-se as peculiaridades históricas do Modelo Tecnológico Psiquiátrico Cuiabano no contexto das políticas nacionais de saúde mental nas duas últimas décadas e as possibilidades de sobrevivência deste “doente”/ louco neste modelo. Os instrumentos de trabalho identificados na prática psiquiátrica e os saberes que os fundamentam nesse processo de trabalho são denominados de “tecnologia”. A metodologia empregada é o estudo de caso e utiliza-se a perspectiva da dialética para a análise dos dados. Parte-se de uma revisão da literatura sobre a constituição do saber psiquiátrico e dos dados empíricos da história de assistência psiquiátrica de um “doente mental”/louco em Cuiabá, para se chegar até o Modelo Tecnológico Psiquiátrico Cuiabano atual, num processo de análise que se retroalimenta. Analisa-se inicialmente as condições históricas do adoecimento/ enlouquecimento deste “doente”/louco e o processo de constituição da psiquiatria como ciência, abordando-se as dificuldades históricas de definição do objeto de trabalho em psiquiatria. Em seguida analisa-se a sobrevivência deste “doente”/louco e do saber sobre a loucura - a psiquiatria. Aborda-se nesse trajeto a construção do “personagem doente mental” no hospital psiquiátrico e as dificuldades práticas de sustentação da “ciência” psiquiátrica. Constatou-se que o Modelo Tecnológico Psiquiátrico de Cuiabá identificado nesse estudo, nas duas últimas décadas, aparentava aspectos peculiares de organização quando comparado com as tendências nacionais de organização da assistência psiquiátrica, entretanto, essas peculiaridades e aparentes divergências, não se relacionavam à uma divergência conceitual ou sinalizavam um movimento político próprio, apenas o Modelo desenvolvia, em relação à essas tendências, uma cronologia própria, coerente com a história do desenvolvimento político e econômico do Estado de Mato Grosso no contexto nacional.

ABSTRACT

This study analyzes some elements of the Psychiatric Technological Model of Cuiabá, starting from its identification in the history of psychiatric attendance to a “mentally ill”/mad person of this city. It analyses the historical peculiarities of the Psychiatric Technological Model of Cuiabá within the context of the national mental health policies during the last two decades and this “ill”/mad person's survival possibilities within this model. The work instruments identified in the psychiatric practice and the knowledge in which their are basead in this working process are called “technology”. The methodology employed is the case study, utilizing the dialectic perspective for the analyzis of data. The study starts from a revision of the literature about the constitution of the psychiatric knowledge and the empirical data gathered during the psychiatric assistance history of a “mentally ill”/mad person in Cuiabá, to reach the current Psychiatric Technological Model of Cuiabá in a backfeeding analytical process. Initially it analyses this person's historical conditions of getting “ill/mad” and the process of Psychiatry becoming a science, approaching the historical difficulties in defining the work subject in Psychiatry. Second it analyses the survival of this “ill”/mad person and the knowledge about madness - Psychiatry. In this sequence it approaches the construction of the “mentally ill character” in the psychiatric hospital and the practical sustentation difficulties of the psychiatric “science”. It concluded that the Psychiatric Technological Model of Cuiabá identified in this study during the last two decades showed peculiar organizational aspects when compared with the national organizational tendencies of psychiatric attendance. However, such peculiarities and perceived divergences did not relate to a conceptual divergence nor they signaled na own policy movement, only the Model was developing, in telation to such tendencies, a chronology of this own, coherent with the history of the State of Mato Grosso's political and economic development within the national context.

Nomeamos *Orestes* o personagem central dessa história, numa referência ao personagem louco da tragédia grega *Orestíada*, de Ésquilo. Nela, Orestes vive uma complexa situação de conflitos: vacila desesperado entre uma ordem de Apolo para que vingue a morte de seu pai, matando a mãe e seu amante, e a certeza da condenação divina, que se traduz em sofrimentos terríveis e morte infame. Orestes vive, portanto, um dilema imposto pela divindade e se expõe à riscos reais. Angustia-se perante a transgressão de duas leis que deve cumprir, a lei divina e a do *ethos*, da sociedade.

Assim como o personagem da tragédia, Orestes, o louco dessa história "se encontra impotente, numa situação de angústia, assaltado por pesadelos e alucinações horripilantes, certo de que, mesmo cumprindo o desígnio ingrato de Apolo, não escapará do sofrimento". (Isaias Pessotti, 1995, p. 25)

SUMÁRIO

PARTE I O ESTUDO E SEUS FUNDAMENTOS

| | Página |
|--|--------|
| 1 - INTRODUÇÃO..... | 02 |
| 2 - METODOLOGIA | 11 |
| 2.1 - Pressupostos teórico-metodológicos | 12 |
| 2.2 - Procedimentos | 14 |

PARTE II A HISTÓRIA DE UM LOUCO, DE UM SABER SOBRE A LOUCURA E DOS MECANISMOS DE APLICAÇÃO DESSE SABER AO LOUCO

| | |
|---|----|
| 1 - A CONSTRUÇÃO DA LOUCURA E DO SEU SABER | 25 |
| 1.1 - Como “nasceu” um louco - Orestes | 25 |
| 1.2 - Como “nasceu” o saber sobre a loucura - a psiquiatria..... | 28 |
| A Psiquiatria na Europa do século XVIII..... | 29 |
| A Psiquiatria no Brasil..... | 36 |
| A construção do Modelo Tecnológico Psiquiátrico Brasileiro e Cuiabano..... | 37 |
| 2 - A SOBREVIVÊNCIA DE UM LOUCO E DE UM SABER SOBRE A LOUCURA - ORESTES E A PSIQUIATRIA | 52 |
| 2.1 - Orestes - o louco - no hospital que parece asilo | 52 |
| 2.2 - Manobras e estratégias utilizadas para a sobrevivência de um saber “disciplinar” que se pretendeu “clínico”..... | 55 |

| | |
|--|------------|
| 2.3 - As justificativas e os mecanismos da clínica para a contenção de Orestes - o louco..... | 63 |
| 2.4 - Orestes e a tecnologia psiquiátrica seguem seus respectivos “scripts” | 72 |
| 3 - O MODELO TECNOLÓGICO PSIQUIÁTRICO DE CUIABÁ SE REORGANIZA | 77 |
| 3.1 - Surge um “novo” hospital psiquiátrico em Cuiabá | 77 |
| 3.2 - O “velho” hospital é fechado | 83 |
| 4 - A SOBREVIVÊNCIA DE ORESTES NO MODELO TECNOLÓGICO PSIQUIÁTRICO REORGANIZADO | 86 |
| 4.1- Orestes é internado no “novo” hospital..... | 86 |
| 4.2- Orestes fala: - “Eu não tenho doença que cura com remédio”.... | 100 |
| PARTE 3 - CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 106 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 110 |

PARTE I

O ESTUDO E SEUS FUNDAMENTOS

"Após essas considerações sobre embates e conflitos entre forças, facções e protagonistas diversos da psicopatologia oitocentista, no cenário do manicômio, cabe uma pergunta incômoda e dolorosamente dramática: e os loucos do século XIX, como eram? O que diziam? Como percebiam os tratamentos que sofriam? A resposta, honesta, é: não se sabe. [...] No teatro do manicômio, o louco não foi o herói, nem o vilão, nem um protagonista: foi, talvez, um figurante."
(Isaias Pessotti, 1.996)

1. INTRODUÇÃO

A assistência psiquiátrica tem se constituído, ao longo da história, em todo o mundo, numa prática que se caracteriza mais pela segregação social imposta aos “doentes mentais” do que pela cura ou reabilitação destes.

Como enfermeira, participamos durante vários anos da assistência psiquiátrica em Cuiabá e nos incomodamos, durante todo esse tempo, com essa constatação prática e histórica. Buscávamos sempre compreender o modelo assistencial psiquiátrico de nossa comunidade e as práticas da rotina de trabalho diário dos profissionais envolvidos nessa assistência como situações historicamente situadas e tentávamos, também, compreender suas interrelações com o contexto regional e nacional, enfim, suas determinações sociais, econômicas, científicas e políticas.

Comprendemos, num processo contínuo de reflexão durante a nossa prática profissional, que a enfermagem, ao buscar “cuidar” de pessoas, apresenta uma especificidade em relação ao modelo médico tradicional. Ou seja, numa apresentação simplificada dessa especificidade, enquanto no modelo médico o objeto de trabalho é a doença e o objetivo terapêutico é a cura, a enfermeira, ao “cuidar” de pessoas, amplia e complexifica o seu objeto de trabalho: a pessoa que sofre é o seu objeto de intervenção.

Talvez por apresentar essa especificidade de ação no contexto das práticas de saúde, muitos estudos têm sido realizados, na área de saúde mental, por enfermeiras que buscam refletir sobre a sua função e papel nas práticas médico-psiquiátricas tradicionais. Dentre esses estudos, destacamos Rocha (1994) que, ao considerar que existem várias tendências teóricas influenciando a prática psiquiátrica atualmente e que há deficiências no processo de formação de enfermeiras que atuam em psiquiatria, conclui que há uma indefinição dos profissionais de enfermagem psiquiátrica sobre o seu papel nessa assistência, o que provoca, muitas vezes, uma “fuga” para o desempenho de atividades burocrático-administrativas.

Essa é, na opinião dessa autora, a “identidade possível” para esses profissionais, que vivenciam uma prática marcada pela indefinição de seu papel.

Com resultados semelhantes, Bertoncello (1997) estudou a atuação de enfermeiras em ambulatório de saúde mental e considerou que estas são, dentre todos os profissionais da equipe, as que menos realizam atendimentos diretos à clientela e a sua prática caracteriza-se pelo gerenciamento intermediário que organiza e facilita o trabalho de toda a equipe.

Vários outros estudos têm sido desenvolvidos buscando refletir sobre a atuação dos profissionais de enfermagem em saúde mental e a inserção da assistência de enfermagem no contexto atual de mudanças políticas caracterizadas pela Reforma Psiquiátrica, como o de Marcolan (1996), que concluiu que a maioria das enfermeiras não se sente preparada para atuar em Enfermagem Psiquiátrica ou Saúde Mental e não estão adequadamente informadas sobre as mudanças políticas que vêm ocorrendo na área e o de Miron (1993) que concluiu que a Reforma Psiquiátrica foi reduzida á evitar a internação sem contudo, questionar o modelo clínico de atenção, seu objetivo primeiro.

Durante todo o tempo em que participamos da assistência psiquiátrica, procuramos refletir sobre as diferentes possibilidades de compreensão do fenômeno “loucura/doença mental” e suas conseqüentes variações de cuidado/tratamento. Observamos, participamos e muitas vezes propusemos modificações no modelo assistencial psiquiátrico local, através da prática assistencial cotidiana e através da participação em eventos científicos, em organizações sociais locais e nacionais e em instâncias deliberativas, como os Conselhos Municipal e Estadual de Saúde.

Esse movimento, no entanto, não se constituiu num trabalho analítico e sistematizado de reflexão que produzisse um conhecimento, mesmo que provisório e parcial, como se compreende todo conhecimento. Conseqüentemente, as possibilidades apresentadas foram sempre fragmentárias, marcadas pela irregularidade e improvisação e insuficientes para responder á nossa demanda emocional e á exigência teórico-crítica que a situação requer.

Neste sentido, algumas questões que se apresentaram na constituição desse objeto/problema de pesquisa não eram situações desconhecidas sob o ponto

de vista da vivência e da prática, mas careciam de análise sistemática, contextualizada e teoricamente assumida.

Como conseqüência dessa reflexão contínua sobre a nossa realidade de trabalho nos últimos anos, assistimos perplexas à implantação, em Cuiabá, de uma “Reforma Psiquiátrica às avessas”, ou seja, enquanto a política nacional estabelecia diretrizes para a Reforma Psiquiátrica, que previa, dentre outras ações, a redução de leitos dos hospitais psiquiátricos e a implantação de serviços extra-hospitalares de assistência psiquiátrica, em Cuiabá houve um aumento superior a 200% no número de leitos psiquiátricos nesse mesmo período.

Buscando sistematizar a análise que já procurávamos fazer sobre essa situação, desde a sua constatação, propusemos essa pesquisa que surgiu como tentativa de responder à uma pergunta inicial: Quais foram as condições históricas, sociais, políticas, científicas e econômicas que possibilitaram o acontecimento, em Cuiabá, no período 1989 - 1997, de um modelo assistencial psiquiátrico com características divergentes do contexto nacional ?

Entretanto, não pretendíamos uma análise macroestrutural desses fatores e condicionantes mas, um estudo que permitisse visualizar como essa conformação peculiar do modelo assistencial psiquiátrico foi vivenciada por “doentes mentais” e seus familiares, enquanto pessoas que colocaram a sua vida, ou parte dela, na convivência com o aparato das teorias e práticas sobre loucura, doença mental e tratamentos psiquiátricos.

Inicialmente consideramos que essa análise poderia se dar através da história de vida de um “doente mental” que tivesse sido “tratado” pelas diferentes variações do modelo assistencial psiquiátrico cuiabano. Escolhemos tal caminho porque consideramos que o discurso técnico, médico ou psicológico, sobre a “loucura”/ “doença mental” é o que predomina e que, dando voz ao “louco” - “paciente”, estaríamos possibilitando a sua participação ativa no processo de recuperação de sua cidadania e na reconstrução de sua subjetividade. Além disso, buscávamos um caminho que permitisse a visualização da sensibilidade e da afetividade, além do discurso racional.

Ao iniciarmos a seleção de pessoas que seriam entrevistadas para fazerem parte dessa pesquisa, deparamo-nos com algumas dificuldades relacionadas à essa metodologia de pesquisa, quando aplicada ao estudo de “doentes mentais”, chegando a encontrar divergências sobre tal utilização, na bibliografia consultada, conforme analisaremos brevemente.

Bruck (1989) ao discutir a aplicação da história de vida como metodologia de pesquisa aplicada à “doentes mentais” afirma que essa metodologia exige capacidade lógica e a certeza de que o sujeito está falando “a verdade”, características nem sempre presentes no discurso do “doente mental”.

Entretanto, outros autores discordam dessa interpretação. Sobre a veracidade do discurso do entrevistado, Amado (1995, p.135) considera que depoimentos desprezados por pesquisadores por serem “mentirosos” podem conter dimensões simbólicas extremamente importantes. E continua:

A dimensão simbólica das entrevistas não lança luz diretamente sobre os fatos, mas permite aos historiadores rastrear as trajetórias inconscientes das lembranças e associações de lembranças; permite, portanto, compreender os diversos significados que indivíduos e grupos sociais conferem às experiências que têm. Negligenciar essa dimensão é revelar-se ingênuo ou positivista.

Queiroz (1987) também considera que a história de vida não tem o sentido de “estabelecer uma verdade” e sim o de relatar o que o informante presenciou, experimentou ou conheceu.

Assim, concordamos com Humerez (1996, p.28) quando utiliza a metodologia de história de vida de “doentes mentais” para estudar a assistência psiquiátrica e se contrapõe à idéia de outros autores, segundo os quais aqueles não poderiam ser entrevistados para fins de coleta de sua história de vida porque teriam um discurso incompreensível, reduzido, empobrecido e nem sempre verdadeiro. Essa autora considera que tais afirmativas são, na realidade, fruto de preconceitos e podem ser desmistificadas na prática profissional, quando observamos que,

após o surto agudo da doença, o paciente fala com coerência sobre si e, mesmo os seus delírios, de construção solitária e subjetiva, são elaborados com elementos do real, do objetivo, visto não ser possível a subjetividade absoluta.

Entretanto, ao iniciarmos os contatos com os sujeitos dessa pesquisa, percebemos que, ao solicitar que “doentes mentais” com uma longa história de tratamento em Cuiabá, relatassem a sua história de vida, estávamos solicitando que esses sujeitos revivessem grande parte de experiências marcantes e dolorosas de suas vidas. Ao contarem a sua história, essas pessoas estavam, portanto, refazendo esse percurso de suas vidas, que na maioria das vezes foi acompanhado de um sofrimento psíquico intenso. Como realizávamos uma pesquisa acadêmica, desvinculada de um contexto prático de assistência, isso poderia significar uma situação de crise para o informante, crise esta que não teríamos condições de evitar ou de atender.

Essa reflexão levou-nos à redefinição da metodologia desta pesquisa, que constituiu-se em um estudo de caso. Para a sua construção, partimos do relato de uma pessoa que “recebeu” assistência psiquiátrica em Cuiabá nos últimos 14 anos, sobre essa experiência. Portanto, ao contrário das entrevistas longas, onde o “doente” se mobilizaria para reconstruir, através de sua memória, a história de sua vida, utilizamos como técnica de coleta de dados, entrevistas curtas, onde o próprio “doente” e seus familiares narraram as suas experiências de atendimento nos serviços psiquiátricos de Cuiabá. Isso possibilitou uma reconstrução cronológica e analítica de sua trajetória de “doente mental” em Cuiabá, sem expô-lo à uma situação demasiadamente estressante, haja visto que foi sempre considerado o seu estado emocional, para efeito da realização das entrevistas.

Utilizamos assim, a história de Orestes nos serviços psiquiátricos de Cuiabá, como o suporte que permitiu a coleta de dados para a compreensão da organização e funcionamento desses serviços. A história de Orestes e de sua família foi, portanto, o ponto de partida para a apreensão da realidade - compreendendo essa etapa com todas as conseqüências decorrentes de sua parcialidade e fragmentação do real.

Ao indagarmos sobre a trajetória percorrida por um “doente mental” que buscou e busca atendimento psiquiátrico em Cuiabá e os recursos assistenciais encontrados/disponíveis nessa trajetória, não desconhecíamos, portanto, as

instituições e o modelo assistencial psiquiátrico local como eles se apresentam, entretanto, partimos dessa indagação para observarmos os dados empíricos de modo crítico, indo além de sua aparência e da mera descrição de sua “apresentação” na realidade; até mesmo porque construímos um ponto de partida novo: a perspectiva do sujeito e da família que vivenciam tais serviços.

Reconhecendo que há tecnologias diversas na prática psiquiátrica, que se relacionam não estritamente às técnicas ou maneiras de cuidado/tratamento, mas às diferentes concepções teórico-científicas sobre a “loucura/doença mental”, que por sua vez determinam variações na assistência psiquiátrica, indagamos como se conformou e como se apresenta o modelo tecnológico psiquiátrico de Cuiabá? O que se pretendeu estudar portanto, após uma elaboração mais apurada da questão norteadora da pesquisa, foi a tecnologia do processo de trabalho em psiquiatria, na cidade de Cuiabá, nas duas últimas décadas.

Compreendemos o termo “tecnologia”, utilizado nesse estudo, conforme analisado por Ricardo Bruno Mendes Gonçalves na sua obra intitulada *Tecnologia e organização social das práticas de saúde (1.994)*. Para esse autor, o uso habitual do termo “tecnologia” no contexto das formas de organização da produção vincula-se à idéia de “desenvolvimento tecnológico” que designa, por sua vez, meios de trabalho inovadores, mais produtivos e mais eficazes, resultantes da aplicação de um conhecimento científico “novo”. Nesse sentido, o “novo” se relacionaria “naturalmente” ao produtivo, ao mais eficaz e ao bem-estar individual e coletivo.

Discordando dessa concepção de “tecnologia”, o autor analisa a ideologia na qual o “desenvolvimento científico-tecnológico” seria a representação de uma ciência autônoma que se relacionaria “naturalmente” à melhoria da qualidade de vida humana. No sentido criticado pelo autor, a “tecnologia” poderia existir “antes e fora dos processos de trabalho” e seria, portanto, tecnologia *no* processo de trabalho, constituindo-se numa opção para um processo de trabalho que já estaria dado previamente, opção esta limitada à escolha dos meios adequados para se obter determinados fins.

O mesmo autor (1989, p.6), ao analisar o processo de trabalho em saúde afirma que “a capacidade de intelectualizar a execução do trabalho

separadamente do próprio ato de executá-lo” é uma das características do trabalho humano. Assim, uma das suas características é que, entre a intenção e o ato, existe sempre a mediação de uma teoria, portanto, o instrumento de trabalho será um indicador da concepção que se tem sobre esse fragmento do real sobre o qual se quer intervir.

Ao propor essa compreensão do processo de trabalho Mendes Gonçalves (1994, p.126) considera que só existe tecnologia *do* processo de trabalho, ou seja, “a tecnologia só adquire sentido enquanto expressão conjunta das determinações internas e externas dos processos de trabalho”. Nesse sentido, afirma ainda que “tecnologia é algo que se constitui dentro dos processos de trabalho, apontando para suas dimensões técnica e social”.

Considerando a historicidade e a socialidade como características do trabalho humano, esse mesmo autor, ao analisar o trabalho em saúde, conclui que não existem necessidades humanas naturais, às quais esse trabalho poderia abstratamente estar direcionado, mas, pelo contrário, o trabalho em saúde organizou-se e desenvolveu-se nas sociedades capitalistas como forma de controlar a doença, recuperar a força de trabalho e, finalmente, “como forma de ampliar efetivamente os direitos e o consumo das classes subalternas” (Mendes Gonçalves, 1989, p.21).

Segundo Hall (1997), o nascimento da ciência moderna pressupunha uma nova concepção de homem, originada do deslocamento de Deus do centro do universo. O sujeito racional, pensante e consciente, situado no centro do conhecimento possibilitou, a partir do século XVII o desenvolvimento de uma racionalidade que buscava na mecânica e na matemática a explicação do funcionamento do mundo material. A biologia darwiniana que possibilitou a compreensão da razão humana com uma base natural, marcou os primeiros passos de uma ciência biológica que manteve-se hegemônica na determinação das práticas de saúde institucionalizadas profissionalmente a partir daí.

Para Mendes Gonçalves (1989), a constituição dessa ciência racional, possibilitou uma nova forma de racionalidade médica e esta, na efetivação das práticas de saúde dela decorrentes, foi uma das frentes mais importantes de

constituição da racionalidade moderna como um todo. Assim, ao admitir a sede da força de trabalho nos corpos humanos, essa nova racionalidade necessitou organizar-se em duas frentes: para o controle das doenças na população, o trabalho em saúde organizou-se no que foi denominado Modelo Epidemiológico e para a recuperação individual da força de trabalho, organizou-se no Modelo Clínico ou Modelo Médico. Além disso, o princípio liberal da igualdade, necessário à estabilização das sociedades capitalistas, determinou a expansão dos direitos, e principalmente do direito ao consumo de bens e serviços, assim, as práticas de saúde possibilitaram a ampliação do consumo dos serviços médicos para as classes subalternas.

Em nenhum desses dois modelos abstratos e complementares há um objeto de trabalho "natural", uma necessidade de saúde dada, a partir da qual o trabalho se realiza. Ao contrário, a necessidade de saúde será determinada pelo olhar - clínico ou epidemiológico - constante do projeto de intervenção.

Mendes Gonçalves (1989) denomina esses modelos de "Modelos tecnológicos de trabalho em saúde" considerando que há, em cada um, um corpo teórico, um saber que fundamenta seus projetos de intervenção, saber este historicamente situado que determina e é determinado pelos seus instrumentos de trabalho próprios. Assim, a identificação dos instrumentos de trabalho de cada modelo tecnológico - o saneamento ambiental e a educação em saúde no Modelo Epidemiológico e a fisiologia e a patologia, principalmente, no Modelo Médico - permitem a visualização do saber subjacente a cada um pois,

para proceder à apreensão do objeto de trabalho, o agente do trabalho médico opera com um saber. Um saber que, se não se quiser conceber como entidade fantasmagórica, consiste em generalizações conscientes e estruturadas obtidas a partir da prática, e que expressam tanto nos instrumentos como nos discursos a sua materialidade, sob formas diversas. [...] Assim devem ser compreendidos os instrumentos de trabalho, como um momento da operação do saber, só em seu contexto compreensíveis e operantes. (Mendes Gonçalves, 1994, p.65)

Consideramos, portanto, nesse estudo, a concepção de processo de trabalho descrita por Mendes Gonçalves (1989). O objetivo deste estudo foi identificar o Modelo Tecnológico Psiquiátrico de Cuiabá, buscando, para isto, a identificação dos instrumentos de trabalho da prática psiquiátrica nesse contexto para, a partir deles, analisar os nexos teóricos explicativos dessa prática, o saber subjacente que lhe dava sustentação e que, por sua vez, era conformado por esses instrumentos.

Consideramos a possibilidade da denominação “modelo tecnológico” ao conjunto de características que, respeitadas as diferenças históricas e de complexidade da que foi proposta por Mendes Gonçalves, permitissem a identificação e análise da tecnologia presente na assistência psiquiátrica de Cuiabá, entendendo tecnologia como “o saber e seus desdobramentos em técnicas materiais e não-materiais que, ao darem um sentido técnico ao processo, dão-lhe um sentido social articulado” (1994, p.127).

2. METODOLOGIA

Para a investigação do problema delimitado, desenvolvemos uma pesquisa qualitativa, por considerarmos esta a abordagem que possibilitava o estudo proposto, uma vez que, segundo Bogdan apud Triviños (1994, p.130), as suas características são: ter o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento-chave; ser descritiva; a análise dos dados se processar indutivamente ou, como ocorre na pesquisa qualitativa com enfoque histórico-estrutural, “o fenômeno social é explicado num processo dialético indutivo-dedutivo e compreendido na sua totalidade, inclusive intuitivamente”.

Na pesquisa qualitativa do tipo Estudo de Caso, a natureza e a abrangência do fenômeno/objeto/unidade estudado, bem como o suporte teórico que orienta o trabalho de investigação é que vão delimitar as suas características e a sua complexidade. A ênfase nos aspectos singulares e próprios do objeto de estudo e a não alocação prévia de hipóteses e das etapas rigidamente pré-fixadas de inquisição e análise, condicionam uma crescente complexidade do estudo, à medida em que se aprofunda no assunto. O esforço de objetivação, coerência e consistência é imprescindível e é o que define o resultado do trabalho, considerando-se que, no Estudo de Caso, o pesquisador é indissociável do processo de pesquisa. (Triviños, 1994)

Ludke (1986 p.18) afirma que o estudo de caso “é o que se desenvolve numa situação natural, é rico em dados descritivos, tem um plano aberto e flexível e focaliza a realidade de forma complexa e contextualizada”. Portanto, esta pesquisa consta de um Estudo de Caso que, a partir da narrativa de um paciente e de seus familiares atendido nas instituições psiquiátricas de Cuiabá, contextualiza esse fenômeno, e redireciona a coleta de outros dados para a análise do Modelo Tecnológico Psiquiátrico deste município.

Apesar de não utilizarmos a história de vida como metodologia desta pesquisa, utilizamos, entretanto, a perspectiva da história de vida tópica que, segundo Minayo (1994), enfatiza determinada etapa da vida pessoal, no caso deste estudo, a etapa que se refere à sua vivência da atenção psiquiátrica local.

Nesta pesquisa, “reconstruímos”¹ o Modelo Tecnológico Psiquiátrico de Cuiabá em alguns dos seus elementos, a partir do relato de um “doente mental” e de seus familiares sobre a sua experiência subjetiva de ter recebido essa assistência. Ao utilizarmos essa perspectiva, partimos do cotidiano do “doente”, de sua experiência subjetiva, através de suas falas, sentimentos experimentados e relatados, das percepções dele e de sua família sobre a doença e o tratamento, para buscarmos as evidências do Modelo Tecnológico Psiquiátrico a ser analisado.

2.1 - PRESSUPOSTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

Recorrendo à afirmação de Demo (1995 p.13) de que “só pode ser respeitado como científico aquilo que se mantiver discutível”, consideramos essencial a apresentação dos pressupostos e a explicitação das bases teórico-metodológicas que, interna e implicitamente, motivaram a exploração do objeto deste estudo:

Sujeito e objeto de pesquisa são elementos indissociáveis de uma realidade historicamente construída.

O objeto do conhecimento se situa historicamente no universo do sujeito que pesquisa, que também é histórico.

Sujeito e objeto da pesquisa são indissociáveis, fazem parte de uma mesma realidade; o objeto não é “abstraído” da realidade para que possa ser “descrito” ou “retratado” mas é parte da realidade do pesquisador e, portanto, do seu propósito de conhecimento, historicamente condicionado. (Demo, 1995; Minayo, 1994)

Neste estudo, o Modelo Tecnológico Psiquiátrico de Cuiabá-MT foi pesquisado através de informações relatadas por pessoas que “receberam” a assistência psiquiátrica, um “doente” e seus familiares, suas falas e suas percepções, considerando-os na sua interligação com o sujeito que pesquisa, suas percepções e conhecimento sobre estes “dados” e analisando-se os dados

¹ Utilizamos o termo “reconstrução” para designar o percurso teórico através do qual foi possível refazer e apreender o processo de “construção” do objeto desse estudo.

documentais das instituições envolvidas neste relato do usuário, que também fazem parte da história do pesquisador.

Consideramos, portanto, que o pesquisador não foi um mero “observador” que buscou “explicar” os acontecimentos mas, um participante ativo do processo, porque participou e participa destes acontecimentos e porque os resultados deste trabalho foram obtidos através da análise dos dados empíricos organizados e discutidos à luz das evidências históricas e da análise intencional e subjetiva do pesquisador.

Sendo impossível a neutralidade e a objetividade, buscou-se a objetivação.

O esforço metódico de objetivação é o que tenta eliminar a ideologia do processo de pesquisa, justamente porque reconhece a sua existência intrínseca neste processo.

A razão social para o controle da ideologia está na sua necessária discutibilidade. Neste contexto, o controle não é feito pelo distanciamento, imitando as ciências naturais que estabelecem separação clara entre sujeito e objeto.[...] O controle é feito, primeiro, pelo reconhecimento crítico e auto-crítico de que todos somos inevitavelmente ideológicos e, segundo, pela submissão de toda postura ideológica ao critério de discutibilidade, impedindo que se torne fechada, fanática ou ativista. (Demo, 1995 p.29)

A apreensão do objeto se dá pela tentativa de objetivação, utilizando-se os procedimentos técnico-metodológicos para este fim.

Todo conhecimento é histórico, portanto processual e aproximado.

“O conhecimento é uma construção que se faz a partir de outros conhecimentos sobre os quais se exercita a apreensão, a crítica e a dúvida.” (Minayo, 1994 p.89)

Por sua historicidade, o conhecimento é sempre incompleto e parcial, sobre um objeto que é inacessível em toda a sua complexidade.

Muitos cientistas estão à procura da verdade e, no entanto, há concepções muito diversificadas desta verdade. "Só é possível ver a realidade sob um ponto de vista e este ponto é do sujeito, não da realidade." (Demo, 1995 p.30)

A análise efetuada neste estudo, considerando o Modelo Tecnológico Psiquiátrico local a partir da experiência de um determinado grupo social, o cliente desta assistência, não pretende ser mais completa nem tampouco mais verdadeira que qualquer outra, apenas ser um tipo de conhecimento que está mais próximo das pessoas comuns e do sentido histórico da construção desse "objeto" enquanto fenômeno social.

O processo de análise dos dados nesse estudo considerou a construção histórica de uma vida e de um saber que foram sendo "refeitos" teoricamente em movimentos circulares de superação contínuos, buscando nos nexos internos e externos da realidade estudada as explicações para o fenômeno, nas suas contradições e nas sínteses resultantes, os saltos para novas construções teóricas.

2.2 - PROCEDIMENTOS

Coleta de dados

A coleta de dados desse estudo foi realizada no período de Outubro de 1.997 a Maio de 1.998, em Cuiabá. Foram consideradas duas etapas no processo:

1 - Entrevistas:

A entrevista é uma técnica de coleta de dados utilizada com muita frequência em ciências sociais e que consiste numa interação social onde uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação. Numa entrevista, busca-se dados referentes ao que "as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes". (Gil, 1994 p.113)

Compreendemos a entrevista como uma situação onde duas pessoas interagem para a troca de informações e esta troca é desigual, ou seja, as duas

peças têm "status" e papéis relacionados à sua inserção social. Nesta perspectiva, a pesquisa reproduz a divisão social do trabalho na sociedade, havendo uma dissimetria nas posições do entrevistador/entrevistado. Minayo (1994) ao abordar este aspecto, chama a atenção para a necessidade de que isto seja compreendido e assumido criticamente durante todo o processo de pesquisa.

Para a descrição da trajetória do doente mental em busca de assistência psiquiátrica em Cuiabá, optamos por entrevistar uma pessoa que tivesse experienciado esta assistência ao longo dos últimos anos e que tivesse condições de relatar essa experiência. Esta entrevista teve como característica a focalização da história desta pessoa, no que se refere à sua trajetória de doente mental em busca de assistência, desde o surgimento dos primeiros sinais da sua doença mental até os dias atuais.

A história de vida típica que subsidiou a coleta de dados desta pesquisa não teve como característica a biografia do entrevistado, de forma a cobrir ampla e completamente a sua trajetória de vida, como esperado no procedimento formal de história de vida, conforme recomendado por Alberti (1990). Utilizamos neste trabalho a entrevista temática que, conforme este mesmo autor, tem por objeto não a trajetória de vida do entrevistado mas uma parte de sua vida, aquela relacionada ao tema estudado. Consideramos centralmente, no seu depoimento, os aspectos relacionados à sua experiência e idéias sobre a assistência psiquiátrica local, tema desta pesquisa. Para tanto, foi necessário algum conhecimento sobre a sua biografia, entretanto, os dados não vinculados ao tema estudado permaneceram em segundo plano.

Considerando as características deste estudo, a entrevista semi-estruturada foi o recurso utilizado para a coleta de dados junto ao "doente mental", identificado como informante para efeito deste estudo. Triviños (1994, p.146) a descreve como

aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante.

Inicialmente definimos as características deste entrevistado, que foram:

- residir em Cuiabá e estar atualmente freqüentando regularmente algum serviço de saúde mental extra-hospitalar;
- possuir uma história de doença mental e tratamento em Cuiabá e ter condições razoáveis de relatar a sua experiência neste processo;
- possuir família que resida em Cuiabá e que tenha participado da história de "doença" e tratamento do seu familiar em nossa comunidade, e que tenha condições de relatar a sua experiência neste processo;

Uma vez identificada a pessoa a ser entrevistada, entramos em contato pessoalmente com o "doente" e seus familiares, identificando-nos para o informante e solicitando formalmente a sua participação e a de seus familiares, após explicar os objetivos do trabalho e garantir o anonimato do "doente" e de seus familiares. Havendo a concordância de todos para a participação do estudo e esclarecidas todas as dúvidas, a entrevista foi agendada. Durante a realização desta com o "doente", o pesquisador, utilizando o roteiro abaixo, fez anotações rápidas sobre as observações e o relato do mesmo e, imediatamente após o término da entrevista, o pesquisador procedeu ao registro completo a partir das anotações sumárias. Ao relatarmos as entrevistas e apresentarmos a sua história, utilizamos pseudônimos para todas as pessoas entrevistadas e/ou citadas.

Utilizamos como roteiro norteador das entrevistas com o usuário dos serviços psiquiátricos e sua família, um instrumento que contemplou os seguintes aspectos:

- Idade;
- Tempo do início da doença e do tratamento;
- Sinais/dados clínicos característicos do início da doença;
- Trajetória do usuário e da família no processo de doença e na busca de atendimento;
- Assistência psiquiátrica encontrada/recebida pelo usuário e pela família no início da doença e nas necessidades/buscas posteriores.

O roteiro de entrevista teve a função de orientação, ajudando-nos a acompanhar o depoimento e a guiar as questões que deveriam ser abordadas, sem

entretanto servir de “camisa de força”, que nos obrigasse a cumprir uma ordem cronológica ou impedisse a emergência de dados não previstos no roteiro (Alberti, 1990).

Quando propusemos esse estudo pretendíamos coletar os dados objetivos e subjetivos, percebidos por Orestes e seus familiares, na sua trajetória em busca de assistência psiquiátrica em Cuiabá. Durante a primeira entrevista Orestes mostrou-se à vontade com as perguntas e falou livremente sobre a sua experiência, tanto no que se referia à “audição de vozes”, quanto à sua história de tratamentos psiquiátricos. Entretanto, à medida em que prosseguíamos nas entrevistas e abordávamos mais profundamente a sua experiência subjetiva, ele mostrou-se reticente e desinteressado e, após algum tempo, mostrou-se francamente arremido ao diálogo. Conseqüentemente, os dados que se relacionavam mais diretamente à sua experiência subjetiva não puderam ser coletados da forma e com a profundidade pretendida, uma vez que não poderíamos, com este estudo, desencadear uma situação de conflito interno para Orestes. Portanto, abordamos com mais profundidade os dados informados pelos familiares e as informações de Orestes coletadas nas duas primeiras entrevistas.

Paralelamente à coleta de dados através das entrevistas, procedemos à “reconstrução” do modelo tecnológico-psiquiátrico local, através da identificação cronológica dos fatos relatados, das instituições envolvidas e do levantamento de dados nestas instituições participantes da assistência.

2 - Dados documentais:

Na perspectiva da pesquisa tradicional-positivista, a análise documental seria aquela levada a efeito a partir de documentos escritos, sobretudo oficiais, e o papel do pesquisador seria o de extrair deles tudo o que contêm, de forma “objetiva”, não lhes acrescentando nada. O documento falaria por si e o pesquisador se manteria “neutro”, “sem preconceitos”. (Vieira, 1989)

Como já afirmamos neste estudo, não consideramos possível a “neutralidade” do pesquisador no processo de pesquisa e, portanto, consideramos que para a análise documental é necessário que façamos as indagações adequadas;

a contextualização do documento, da intenção do agente histórico presente no documento e da intenção do pesquisador ao analisar este documento.

Portanto, a partir da entrevista, tentamos identificar as incompletudes do fato pesquisado e, com base nesta identificação, buscamos nas instituições envolvidas na assistência psiquiátrica relatada, o esclarecimento de dúvidas, indagações e contradições evidenciadas, com vistas à compreensão global do fenômeno.

Considerando que o Estudo de Caso tem por objetivo a descoberta e que o pesquisador não pode "a priori" delimitar todos os elementos do estudo (Ludke, 1986), buscamos, inicialmente nas três instituições que Orestes recebeu tratamento psiquiátrico, os documentos relacionados às suas internações ou consultas, ou seja, o levantamento de todos os seus prontuários de atendimento e também outros como relatórios, livros de anotações e demais documentos relacionados à época de seus atendimentos nas respectivas instituições. No Hospital Adauto Botelho e no Ambulatório de Saúde Mental todos os documentos solicitados foram colocados à disposição para esta pesquisa, entretanto, os prontuários de Orestes referentes ao período 1.990 a 1.995, quando ele esteve internado numa terceira instituição, não foram localizados, segundo informação da diretoria daquele hospital.

Em seguida foi feito um levantamento junto aos arquivos da Secretaria de Estado da Saúde - MT e da Fundação de Saúde de Cuiabá, buscando a identificação de todos os dados referentes à assistência psiquiátrica oferecida em Cuiabá e no Estado de Mato Grosso no período compreendido entre 1.970 - 1.997. Procedemos ao estudo de leis, projetos, programas, portarias, e demais documentos escritos relacionados à saúde mental e à assistência psiquiátrica em Cuiabá-MT, no período considerado. Este levantamento foi realizado pelo próprio pesquisador, após comunicação à todas as instituições informando sobre o estudo e solicitando permissão para o levantamento dos dados.

Devido à escassez de documentos encontrados nos arquivos das instituições, procedemos também à uma entrevista com um dos primeiros coordenadores do Programa de Saúde Mental do Estado de Mato Grosso, com o objetivo de coletarmos dados sobre o período 1.970 a 1.980, quando se deu a

implantação desse Programa no Estado.

Análise dos dados

A análise dos dados “tem por objetivo organizar e sumariar os dados de tal forma que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para investigação”. (Gil, 1994 p.166)

Considerando a característica da pesquisa proposta, o estudo de caso, não prevíamos um esquema rígido e fechado de análise e interpretação, como ocorre nos estudos experimentais ou nos levantamentos. Neste estudo, a análise dos dados se fez inclusive concomitante ao processo de coleta, uma vez que, conforme já demonstrado, a entrevista fornecia dados para a análise documental e vice-versa.

Para a execução desta fase da pesquisa, entendida não como um momento estanque ao final do processo de investigação mas como parte intrínseca da coleta de dados, da revisão da literatura e do relatório final, retroalimentando todo o processo, seguimos algumas etapas de trabalho:

1- Organização dos dados da história de vida obedecendo a uma seqüência cronológica; foram analisados os dados subjetivos, do cotidiano e da vivência do cliente e dos familiares, destacando-se os aspectos relacionados à organização dos serviços psiquiátricos locais e a identificação das instituições e das modalidades de cuidado/tratamento que possibilitaram a identificação do Modelo Tecnológico Psiquiátrico presente/condicionante.

2- Exame dos documentos coletados e sua organização segundo uma periodização, com a finalidade de identificarmos:

- modalidades de cuidado/tratamento oferecidas e sua contextualização social/comunitária e teórica/científica.
- Relatos que caracterizavam a concepção de loucura/doença mental e da psiquiatria, que marcavam ou modificavam historicamente o objeto.
- Relatos que caracterizavam a assistência e a sua relação com as diferentes concepções sobre loucura e psiquiatria.

Ao iniciarmos o processo de coleta e análise dos dados desse estudo junto à Orestes, ele demonstrou interesse em relatar sua experiência e apresentava

condições favoráveis de narrativa para a entrevista, que se constituíram nas duas primeiras entrevistas e foram a base dos dados desse estudo. Entretanto, no decorrer das entrevistas subsequentes, Orestes mostrava-se desinteressado e algumas vezes não concordou com a entrevista, no que foi respeitado. Portanto, os dados mais diretamente relacionados à sua experiência subjetiva de “doente mental” e respectivo “tratamento” foram, no decorrer do processo da pesquisa, menos valorizados em relação aos dados objetivos, pois esses últimos foram mais possibilitados, tanto pelas informações iniciais de Orestes, de seus familiares como pelos dados documentais levantados nas instituições.

Conforme os próprios pressupostos teórico-metodológicos apresentados, adotamos a dialética como processo lógico de análise dos dados, onde a indução-dedução são processos obrigatoriamente complementares, uma vez que o processo de conhecimento, implica em uma primeira etapa na qual os dados são decompostos, para em seguida serem recompostos, “reconstruídos” e reagrupados, na perspectiva da totalidade. (Minayo, 1994)

Ao refletirmos sobre as informações/dados obtidos, buscamos estudá-los compreendendo-os enquanto constituinte de uma realidade concreta e exterior a eles, portanto indutivamente. Entretanto, simultaneamente buscamos no referencial teórico os nexos que atuavam dedutivamente, ou seja, buscamos um processo lógico de análise dialético indutivo-dedutivo.

Considerando uma seqüência cronológica dinâmica e contextualizada, analisamos todos os dados tendo por princípio que nenhum dado é insignificante ou irrelevante, sendo que a identificação de dados que de alguma maneira indicavam o modelo tecnológico subjacente eram aprofundados e abalizados com argumentação teórica/bibliográfica, à medida que eram coletados.

Podemos descrever o trabalho de reconstrução da vida de Orestes, no que se refere à sua história de “loucura” ou “doença mental” em seus nexos históricos-sociais e a reconstrução do Modelo Tecnológico Psiquiátrico de Cuiabá, como um trabalho de investigação semelhante ao de um detetive. À medida em que obtínhamos uma nova “pista”, a problematizávamos, portanto, partíamos para um trabalho de “reconstrução” e reflexão sistemática para, a seguir, contextualizá-la na

vida de Orestes e na existência do Modelo Tecnológico Psiquiátrico para, novamente, buscarmos outras “pistas”.

Podemos compreender graficamente esse percurso metodológico, na seguinte perspectiva:

**REFLEXÕES SOBRE AS POSSIBILIDADES
DE SOBREVIVÊNCIA DE ORESTES E DO MTPC.**

*** FINALIZAÇÃO DA PESQUISA.**

*** "APREENSÃO" TEÓRICA DA TECNOLOGIA PSQUIÁTRICA OPERANTE
NO MTPC NAS DUAS ÚLTIMAS DÉCADAS E DOS MECANISMOS DE
"SOBREVIVÊNCIA" DE ORESTES NESTE MODELO.**

*** COLETA DE DADOS (3ª FASE)**

*** REVISÃO DA LITERATURA**

**APREENSÃO TEÓRICA DO PROCESSO
DE CONSTRUÇÃO DO PERSONAGEM
ORESTES-DOENTE MENTAL.
COLETA DE DADOS (2ª FASE)**

**APREENSÃO TEÓRICA DOS MECANISMOS
OPERANTES DO SABER PSQUIÁTRICO
NA CONSTRUÇÃO DA RELAÇÃO
"LOUCO = DOENTE MENTAL".
O SEGUNDO ENCONTRO COM A BIBLIOGRAFIA**

ANÁLISE

**A "APREENSÃO" TEÓRICA INICIAL
DO SABER PSQUIÁTRICO
A REVISÃO DA LITERATURA**

**A "APREENSÃO" TEÓRICA INICIAL
DA HISTÓRIA DE ORESTES.
COLETA DOS DADOS EMPÍRICOS
(1ª FASE)**

PROCESSO DE

**O PONTO DE PARTIDA
O CONHECIMENTO SOBRE A PROBLEMÁTICA
QUE POSSIBILITOU A CONSTITUIÇÃO DO OBJETO DA PESQUISA**

Seguindo o esquema representado, os dados e reflexões serão apresentados de modo a preservar o próprio caminho do pensamento, ou seja, cada capítulo constitui o esforço reflexivo de uma das etapas ou facetas do objeto e não uma temática fechada e concluída. Assim, o tema ou objeto retorna à cena a cada capítulo, focalizado através de uma nova “pista”, de modo a ser progressivamente reconstruído pela compreensão do pesquisador, nas idas e vindas próprias desse tipo de análise.

PARTE II

A HISTÓRIA DE UM LOUCO, DE UM SABER SOBRE A LOUCURA E DOS MECANISMOS DE APLICAÇÃO DESSE SABER AO LOUCO

**"A partir de Pinel as paixões invadem o domínio da ciência."
(Machado, R. et al, 1978)**

**"Os meios de repressão [na psiquiatria] são ativados
fundamentalmente para conseguir a docilidade. Não visam
a marcar o corpo, mas a transformar o corpo violento em
corpo pacífico."
(Machado, R. et al, 1978)**

1 - A CONSTRUÇÃO DA LOUCURA E DO SEU SABER

1.1 - COMO “NASCEU” UM LOUCO - ORESTES

Orestes nasceu em um sítio no interior do Estado de Mato Grosso em 1.959. Foi o quarto filho de dona Amalia e do Sr. João, que constituíram uma família de 12 filhos. Nasceu em casa, assim como os outros irmãos. Walter, Maria e Dalva, seus irmãos, dizem que ele era uma criança que brincava e fazia as mesmas coisas que os demais.

Começou a freqüentar a escola aos 7 anos de idade e estudou até a 4ª série do primeiro grau, quando não quis mais ir à escola porque se desentendeu com a professora. “Ela ficava falando que eu tinha feito coisa errada”, diz Orestes. Os seus irmãos freqüentaram a escola por um período de tempo aproximadamente igual à esse, tendo em média esse mesmo grau de escolaridade. Disso compreende-se que, apesar de ter apresentado algum “problema desde a época da escola”, conforme o relato de Walter atualmente, àquela época, quando Orestes tinha aproximadamente 11 anos, isso não foi considerado como algo estranho na família.

Dona Amalia morreu de câncer quando Orestes tinha aproximadamente 20 anos. “Papai bebia pinga todo dia..., muito..., desde quando nós todos éramos pequenos”, dizem Walter e Dalva. E prosseguem: “depois que mamãe morreu então, aí ele bebia direto, não trabalhava mais e só pensava em beber e em andar atrás de mulherada”.

Sua família desorganizou-se após a morte da mãe e a acentuação do alcoolismo do pai. Este não assumia mais a liderança do trabalho no sítio e Ademar, Osvaldo e Walter, os três irmãos mais velhos, mudaram-se em busca de melhores condições de vida. Os demais mantiveram-se trabalhando no sítio.

“Arlete e Adelaide, minhas irmãs, também têm problema de cabeça, elas sempre foram diferentes, desde cedo se notou, elas não faziam nada, e até hoje não fazem, são bobas” (deficientes mentais), diz Walter. Elas nunca foram na escola porém, nunca foram “tratadas”, permanecendo junto do convívio doméstico.

Na adolescência, Orestes trabalhava ajudando o pai e os irmãos no sítio que a família possuía, fazendo serviços agrícolas em geral; depois trabalhou fazendo entregas com caminhão e como ajudante em uma empresa de comércio de estruturas metálicas. Esses dados constam nos relatos do Sr. João e de Walter à assistente social do Hospital Adauto Botelho em 1986. Entretanto, atualmente, Walter diz que “Orestes nunca trabalhou, nunca... sempre foi preguiçoso...”. Essa mudança no modo de ver a questão, após os anos de convívio com Orestes, será abordada mais adiante, quando apresentaremos as possibilidades de se compreender a doença mental.

Orestes, aos 25 anos de idade, havia saído deste último emprego porque estava conseguindo um outro melhor (relato dele à época) quando, no dia 11 de julho de 1984 foi internado no Hospital Psiquiátrico Adauto Botelho. Hoje Orestes não sabe informar sobre o que motivou este encaminhamento, nem tampouco os seus irmãos; quem o trouxe ao hospital foi um comissário de polícia da sua cidade e ele morava então com o pai, que morreu em 1990. Entretanto, Orestes informa que o motivo de todas as suas internações

é que tem uma voz... desde os três anos essa voz me persegue... não me deixa nunca, mesmo dormindo...

Ao indagarmos sobre o significado dessa voz, de sua vivência e sentimentos relacionados, Orestes mostrou-se sempre reticente, evasivo e, algumas vezes, irritado. Deixou transparecer somente de modo implícito, que elas tinham um conteúdo ameaçador, que o amedrontavam e provocavam um profundo mal-estar.

Os dados relacionados ao registro dessa primeira admissão, localizados no arquivo do hospital restringem-se ao seguinte relato:

Paciente com quadro de anemia, relata informante que tem quadro de agitação e heteroagressividade.

Psicopax 2mg 1 VO 8 - 20 h

Haldol 1 mg 1 VO 8 - 20 h

Solicitado hemograma. Assinatura

Não obtivemos informações sobre as alterações de comportamento ou dificuldades relacionadas à um quadro de doença mental evidenciadas naquela época, que determinaram o encaminhamento de Orestes para um hospital

psiquiátrico. Entretanto, sabemos que desde 1980, portanto quatro anos antes dessa primeira internação, ele vinha sofrendo perdas significativas: a morte da mãe; o afastamento dos irmãos mais velhos; a “perda social/afetiva” do pai que vinha apresentando problemas sociais decorrentes do abuso de bebida alcoólica e incapacidade de cuidar de si e da família; e, perdas financeiras que provocaram carências materiais não vivenciadas anteriormente pela família. Além disso, naquela época, Orestes era o filho mais velho que permanecia junto com o pai e os irmãos, fato que pode ter significado um aumento da solicitação por responsabilidade e liderança na família, dadas as condições já assinaladas do pai.

Depreende-se da informação contida no registro da admissão, a possibilidade de Orestes ter se envolvido com atividades que colocaram em risco a ordem pública, daí o encaminhamento por um comissário de polícia, além da informação de heteroagressividade. Isso parece ter sido a causa/motivo da internação e reflete, pela primeira vez na história de vida de Orestes a percepção de um problema mental/loucura. Ademais, as outras informações (palidez/anemia) não justificariam o encaminhamento para um hospital psiquiátrico.

Portanto, após um processo gradativo de perdas relacionais/afetivas familiares, aliado á perdas financeiras/materiais, vivenciado por Orestes, houve um momento de ruptura, de inadequação ou de rompimento com uma ordem social estabelecida, que motivou o encaminhamento para tratamento psiquiátrico.

Em vista dessas informações, algumas indagações se apresentam ao observador:

Esse primeiro atendimento especializado em psiquiatria originou-se de um encaminhamento policial e a ênfase nesse dado, ao registrar a internação, em detrimento de uma avaliação clínica/psiquiátrica, parece querer situar nessa informação a justificativa maior do atendimento especializado. Houve então uma submissão da clínica (observação/história/avaliação-diagnóstico) à uma condição externa ao atendimento - a intervenção policial ?

A heteroagressividade enquanto dado clínico psiquiátrico não deveria ser explorada, contextualizada, até para que se pudesse diferenciá-la do delito comum de uma pessoa “normal”?

A doença mental vista neste ato/momento do encaminhamento existe de modo tão independente do contexto de vida de Orestes ? Ou foi sendo construída em uma história de vida completamente desconsiderada neste atendimento que se pretendia clínico/psiquiátrico?

Esses questionamentos parecem pertinentes, uma vez que esse primeiro atendimento caracterizou-se por uma internação de 14 dias, durante o qual esse procedimento da admissão não foi revisto ou ampliado, apesar do registro de uma visita de familiares no quinto dia e de Orestes ter saído de alta “acompanhado pelo pai” sem nenhuma informação adicional.

Ao analisarmos essa história de vida até o momento em que houve a constatação de que “Orestes era louco”, quando ele foi levado à uma instância de atendimento psiquiátrico, observamos que houve uma “construção” desse “personagem louco”. Orestes tinha uma história pessoal, familiar e social que possibilitou essa construção, história esta negada neste atendimento.

Para compreendermos porque essa história foi negada pelo Modelo Tecnológico Psiquiátrico que o atendeu, discutiremos a seguir a “construção” do saber sobre o louco, ou a constituição do Alienismo, primeiro modelo tecnológico mental, na Europa do século XVIII e no Brasil dos séculos XIX e XX. Abordaremos principalmente a dificuldade em se definir qual é o objeto de trabalho neste modelo e quais são as possibilidades de compreendermos as bases teóricas sob as quais a prática do alienismo e da psiquiatria se estruturaram.

Apresentaremos ainda uma síntese histórica do surgimento da Psiquiatria em Cuiabá, com vistas a caracterizar o Modelo Tecnológico Psiquiátrico que atendeu um louco - Orestes, no ano de 1.984.

1.2 - COMO “NASCEU” O SABER SOBRE A LOUCURA - A PSQUIATRIA.

Mendes Gonçalves (1994, p.58), comentando Canguilhem e Donangelo, ao analisar a complexidade do objeto do trabalho médico, afirma que ao situá-lo (o objeto) no corpo anátomo-fisiológico do doente, a medicina não busca,

entretanto, essencialmente as suas regularidades biológicas, porque ele, enquanto corpo, já contém previamente elementos de ordem não-biológica, ou seja, não existe em estado de pureza biológica que precede à "contaminação" por outros fatores (sociais, psicológicos). E, ao analisar essas características não biológicas, enfatiza a historicidade, que foi anulada no processo de construção do conhecimento médico-científico moderno. Assim, pretendeu-se um saber e uma prática médica capazes de elaborar leis explicativas e generalizantes do objeto (corpo anátomo-fisiológico) desta prática. Uma das características da clínica

é a individualização do normal e do patológico ao nível do corpo do homem indivíduo-biológico, que leva à ruptura das conexões sociais desse homem e mesmo, à ruptura das conexões desse homem consigo mesmo. (Mendes Gonçalves, 1994, p.66)

Tentando resgatar a historicidade desse saber construído sobre o louco, discutiremos a constituição da Psiquiatria a partir de uma breve revisão bibliográfica, apenas para pontuar algumas situações dos dados empíricos dessa pesquisa, uma vez que não temos a pretensão de reescrever a História da Psiquiatria, já fartamente estudada.

A Psiquiatria na Europa do século XVIII

A psiquiatria, surgida com Philippe Pinel no séc.XVIII, estava bem ajustada ao pensamento médico da época, ou seja, ao surgimento da clínica. Com Pinei revelou-se a possibilidade da emergência de um saber que, através do exame individual, da observação sistemática e do levantamento de hipóteses, fazia o enquadramento do indivíduo à uma normatividade.

A medicina, que até então se ocupava da cura das enfermidades, passa a ser definida pela busca da saúde na construção de uma sociedade higiênica. A clínica, surgindo nessa época, não tinha uma dinâmica própria, era uma determinada organização do discurso médico e não exatamente um novo conjunto de discursos e práticas. (Foucault, 1977)

Castel (1978), ao apresentar a “tecnologia alienista”, da qual Pinel se apresentou como expoente, afirma que houve uma articulação, nessa tecnologia, de três dimensões que, até àquela época, se apresentavam de modo autônomo: uma primeira que se constituía numa teoria classificatória das doenças; outra representada pelo trabalho relacionado às instituições totalitárias como os asilos, “depósitos de mendigos”, hospitais gerais; e, uma terceira, que se relacionava ao emprego de técnicas terapêuticas e tratamentos como sangrias, purgações, banhos e uso da farmacopéia, que funcionavam em medicina geral.

Ao assumir essa tecnologia na assistência aos alienados, Pinel constituía um objeto de trabalho complexo e não claramente definido. A ordenação proposta incluía a observação e análise dos sinais e sintomas para o estabelecimento de um raciocínio clínico individual e, simultaneamente, a intervenção em alguns espaços de ordenamento urbano mais amplo, como os asilos e hospitais gerais.

Para discorrermos sobre as possibilidades de compreensão do objeto de trabalho em saúde, abordaremos resumidamente o pensamento de Mendes Gonçalves (1989) a este respeito. Para este autor, na epidemiologia, o objeto de trabalho é a necessidade coletiva de reduzir as doenças na população e, na clínica, este objeto é a recuperação individual dos corpos para torná-los aptos e disponíveis para o trabalho.

Mesmo reconhecendo a contemporaneidade das questões abordadas pelo autor, podemos transpor este raciocínio para a psiquiatria e indagarmos sobre o objeto de trabalho, na ótica do alienismo. Estaria mais coerente ao modelo epidemiológico ou clínico? Parece que no seu surgimento apresenta aspectos dos dois modelos: isola, classifica, reenquadra, individualmente e, ao mesmo tempo, propõe-se à construção de uma sociedade organizada, higiênica.

Na observação dos dados desta pesquisa, consideramos que, mesmo com uma tendência a situar o problema no corpo do indivíduo, este é mal definido pela própria psiquiatria, senão vejamos: ao internar Orestes em 1984 no Hospital Adauto Botelho, o modelo tecnológico psiquiátrico local situou no corpo biológico de Orestes e na sua condição de sujeito, um problema, um desajuste, que mereceu uma

intervenção médica de internação em hospital psiquiátrico e medicação. Entretanto, essa mesma intervenção médica foi possibilitada pelo encaminhamento de um agente policial, porque Orestes desrespeitava as normas sociais de uma determinada comunidade. E, ao admiti-lo no hospital psiquiátrico, o modelo situou no seu comportamento - a heteroagressividade e a agitação - a causa da intervenção.

Indagamos então se o que se buscava era a cura da doença de Orestes ou, num sentido muito mais ampliado, essa intervenção médica sinalizava para uma determinada comunidade, sobre a qual se demarcavam os limites, os comportamentos aceitáveis e inaceitáveis, a partir dos quais os mecanismos institucionais de repressão atuavam. Como poderemos melhor detalhar a seguir, tais conflitos ou “desfocalizações” do “modelo” de intervenção psiquiátrico remetem a uma problemática antiga e sempre re-atualizada na história do pensamento humano: a relação natureza e sociedade que, a partir de diferentes bases teóricas e filosóficas fundaram também os objetos e os modos de compreensão das ciências naturais e ciências humanas e sociais, além dos modos de tais ciências se relacionarem.

A clínica, surgindo no século XVIII incorporou no seu fazer o saber da fisiologia, anatomia, patologia e terapêutica, que davam sustentação ao trabalho médico e que foram bastante desenvolvidos, principalmente nos séculos XIX e XX. Entretanto, esses instrumentos de trabalho da clínica não se ajustavam, e continuam não se ajustando atualmente, às necessidades da psiquiatria.

Após uma primeira fase classificatória, taxonômica, no século XVIII, a medicina se desvencilhou dessa característica, assumindo nos séculos seguintes um caráter anátomo-patológico em função da incorporação progressiva de conhecimentos da Biologia.

Em contraste com esse processo, a Psiquiatria se mantém, ao longo do mesmo período, como que praticamente aderida ao modelo médico do século XVIII. ... Processo este que se prolonga até nossos dias, hoje na forma das também intermináveis revisões e revisões do capítulo sobre “Transtornos Mentais” da Classificação Internacional de Doenças (CID), da Organização Mundial de Saúde. (Oliveira, 1996, p.57)

A fisiologia, a patologia, e os demais ramos da Biologia não instrumentalizam a psiquiatria para o diagnóstico e a terapêutica. Isto pode ser pensado em termos de uma inadequação dos instrumentos da clínica aos objetivos da psiquiatria, ou seja, visando o alcance de fins sobre o "social", utilizou-se instrumentos de um saber sobre o "natural". Mas, se tais fins são determinados por necessidades individuais e sociais e, mais do que isso, pelo modo como tais necessidades são percebidas, destacadas e explicadas, então caberia refletir sobre as bases que definem ou dirigem o raciocínio que diagnostica a loucura e o poder de tal racionalidade como disciplina e como intervenção sobre a vida social. O próprio saber que define o objeto é um instrumento; se este instrumento é inadequado, significa que "sabe-se mal"; e mal sabendo-se sobre o que gera a necessidade da ação teremos objetos fragmentados, problemas imprecisos e "intervenções distorcidas", tão ou mais "distorcidas" do que a "distorção que se quer corrigir".

Voltando ao que define Mendes Gonçalves (1989) na constituição do objeto de trabalho em saúde, podemos indagar: o que significa o diagnóstico de "doença mental"? Se, na psiquiatria o objeto de trabalho é a "doença mental" e esta é a ordem de significado que a "loucura" tem para o pensamento médico, qual seria o projeto de intervenção que transforma a "loucura" em "doença mental"? Ou, dito de outro modo, o que o técnico - psiquiatra, enfermeiro - vê no "louco" (que convive em sociedade), que o leva a identificar como "doença mental" e, portanto, como objeto de trabalho da psiquiatria? Qual seria a necessidade, o "carecimento" que solicita atendimento e que mobiliza o técnico para o tratamento? Qual a "antevisão do produto/ resultado" que move para a intervenção nesse "dado naturalizado" - "o indivíduo louco na sociedade" ?

Na história de Orestes, a doença/sintoma identificada(o), que motivou a intervenção, foi a agressividade; a necessidade a ser atendida parece ter sido o controle ou a adequação de um comportamento descontrolado e agressivo sendo que a "antevisão do resultado" pode ter sido a adaptação de Orestes às condições adversas de sua vida familiar e social.

O poder disciplinar imposto pela psiquiatria pode ser relacionado ao modelo clínico individual-biológico, mas este sozinho não explica o ordenamento

social produzido em larga escala. Essa repressão, ordenamento, administração, assumidos pela psiquiatria, não são então o objeto de trabalho da psiquiatria? Se admitirmos que são, como parecem demonstrar historicamente a teoria e a prática psiquiátrica, a psiquiatria estaria de alguma forma se aproximando do modelo epidemiológico na constituição de seu objeto de trabalho? Ou, talvez, de um modelo "policial"/repressivo, que pouca relação teria com o saber e a prática da medicina atual.

Castel (1978, p.19), situando o surgimento da Psiquiatria na França, após a Revolução Francesa, afirma:

Sobre o pano de fundo da sociedade contratual instaurada pela Revolução Francesa, o louco é uma nódoa. Insensato, ele não é sujeito de direito; irresponsável, não pode ser objeto de sanções; incapaz de trabalhar ou de "servir", não entra no circuito regulado das trocas, essa "livre" circulação de mercadorias e de homens à qual a legalidade burguesa serve de matriz. Núcleo de desordem, ele deve mais do que nunca, ser reprimido, porém, segundo um outro sistema de punições do que o ordenado pelos códigos para aqueles que voluntariamente transgrediram as leis. Ilha de irracionalidade, ele deve ser administrado, porém, segundo normas diferentes das que designam o lugar às pessoas "normais" e as sujeitam a tarefas em uma sociedade racional.

Castel (1978, p.85) ao descrever a "Tecnologia pineliana", observa que o próprio Philippe Pinei referiu-se à sua obra como "reforma administrativa" e esta, destacando a imposição da ordem como a temática principal no trato com os alienados, apresenta-se com as seguintes características:

1 - Primeira imposição da ordem: o isolamento do mundo exterior. Diferente do isolamento anterior do louco nas prisões, que era visto como um mal necessário, uma situação deplorável e que não pressupunha nenhuma terapia, "a seqüestração é a primeira condição de qualquer terapêutica da loucura". O afastamento familiar e a hospitalização passaram a ser a condição básica, necessária e indispensável para o tratamento.

2 - Segunda imposição da ordem: a constituição da ordem asilar. Trata-se de "construir a partir do zero, um novo laboratório social no qual toda a experiência humana poderia ser reprogramada".

Trata-se pois de enclausurar para reeducar e isto exige um local apropriado e uma ordem, disciplina e hierarquia próprios. Bercherie (1980) afirma que o espaço destinado a esse asilamento deveria ser um modelo de reeducação onde a submissão fosse o primeiro passo para a cura e o tratamento fosse uma educação que reprogramaria o comportamento alterado, fruto de uma educação mal conduzida. Esse modelo de organização “panóptica” foi descrito por Foucault (1996) a partir da figura arquitetônica denominada Panóptico de Bentham onde, numa construção em forma de anel com uma torre central, o louco, o doente, o condenado, o operário ou o escolar pudessem ser vistos todo o tempo sem ver quem os vigiava; onde, na tecnologia pineliana, o louco fosse “objeto de uma informação, nunca sujeito de uma comunicação”.

Sendo o Panóptico de Bentham a instituição disciplinar perfeita, ela foi o modelo para a imposição da disciplina-mecanismo, que perpassava todo o tecido das relações sociais, ao contrário da disciplina que se mantinha até então nas instituições fechadas e nas masmorras. Ser observado constantemente, nesse mecanismo, produz uma sujeição real, de tal maneira que não há necessidade do uso da força para obrigar o louco (ou o prisioneiro, o operário, etc...) a ser dócil, obediente e comportado.

Os princípios do alienismo descritos por Philippe Pinei parecem ser um exemplo clássico de aplicação da figura arquitetônica - panóptico - pois ele “é um local privilegiado para tornar possível a experiência com homens e para analisar com toda certeza as transformações que se pode obter neles” (Foucault, 1996 p.180).

3 - Terceira imposição da ordem: a relação de autoridade. Se a loucura é desordem, des-razão, o retorno à razão será uma luta, todo o tempo, pela imposição da força da razão, cabendo ao médico a centralização dessa figura de autoridade que impõe a ordem. Através da incorporação da autoridade soberana do médico, o louco aprenderá a se reprimir por si próprio e a controlar o seu comportamento. Através da incorporação do princípio da autoridade materializada no médico, haverá portanto, o restabelecimento da razão. À esse conjunto se denominou Tratamento Moral, que reproduzia, ao nível da relação médico-cliente, uma das principais características herdadas do regime absolutista, o totalitarismo e a soberania (governante/governado,

médico/cliente). Entretanto, o mesmo conjunto incorporava os princípios do novo regime, uma vez que calcava-se nos valores racionais da nova sociedade contratual.

Castel (1978, p.101) afirma ainda que o Alienismo (a primeira denominação da medicina mental) se constituiu na primeira especialidade médica e na primeira medicina social. Entretanto, mantinha-se em descompasso com a medicina e,

somente através de um modelo médico muito particular - e, infelizmente para a "ciência", já ultrapassado - é que a medicina mental poderia realizar seu mandato, pois esse mandato não era essencialmente médico.

Ainda segundo este autor, foi apontada por Bichat e outros contemporâneos, a incompatibilidade entre o alienismo e a medicina "científica". Denominando a constituição do saber psiquiátrico como uma "Máquina de poder", afirma que vários elementos se articulavam na constituição desse "sistema bem amarrado": a **sintomatologia**, que limitava-se a descrever e esmiuçar os dados imediatos da consciência social da loucura utilizando-se de uma percepção pejorativa; a **desordem social**, afirmando as condições sociais que atuam na gênese das doenças mentais, entretanto interpretando-as de modo restrito e psicologizante; a **preponderância das causas morais** (traumas, desgostos, conflitos de consciência, etc...) que, determinando a causalidade moral da doença também demonstravam que esta é anulável pelo **tratamento moral**, que se constitui no outro elemento do sistema e; ainda, **o asilo**, que possibilita a implantação da pedagogia da ordem em toda a sua complexidade.

A respeito da discussão sobre a cientificidade da psiquiatria, Castel (1978, p.117) afirma que esta não provocou nenhuma mudança na organização do saber médico que se constituía, entretanto, "soube marcar, com o selo médico, práticas que dizem mais respeito às técnicas disciplinares do que às operações de exploração clínica da medicina moderna".

A Psiquiatria no Brasil

Continuando o raciocínio sobre o saber psiquiátrico em suas possíveis relações com a clínica ou o modelo biomédico-individual e com o modelo epidemiológico, revisamos o que Machado (1978) analisa sobre a constituição da psiquiatria no Brasil.

Este autor considera que a partir do século XIX a medicina intervém, como nunca, na sociedade. A necessidade de produção de um novo tipo de indivíduo na sociedade capitalista impõe um novo tipo de medicina, que visa ao controle dos indivíduos, à produção de corpos produtivos e inofensivos; em suma, que busca a normalização da sociedade. Afirma que é nesse contexto, onde a medicina incorpora a sociedade como seu objeto, que surge a psiquiatria, que assume a tarefa de “patologizar o comportamento do louco”.

A constituição do saber psiquiátrico no Brasil do século XIX baseou-se no modelo francês; buscava uma alteração cerebral que justificasse a alteração de comportamento que, por sua vez, tinha relação com a moral vigente. O reconhecimento do que seria doença mental na sociedade estava intimamente relacionado com os valores morais daquela sociedade e a proposta de intervenção nessa “anormalidade moral”, através do saber e da prática psiquiátrica, baseava-se fundamentalmente no isolamento do anormal no espaço do hospício.

O reconhecimento da doença mental envolve duplamente a civilização: por um lado, esta concede a regularidade que permite medir o louco; por outro, possui o saber que permite devolver o louco à sua verdade. (Machado, 1978, p.413)

O hospício foi o local concebido medicamente para se exercer a pedagogia da ordem necessária à recuperação do louco. O isolamento, a vigilância, a organização classificatória, a hierarquia e a repressão nele contidos, eram os instrumentos necessários para a normalização do louco. “A existência da doença mental pede um tratamento moral. Daí a intervenção terapêutica da psiquiatria ser menos uma medicação que uma educação” (Machado, 1978, p.448). Entretanto, a ordem moral implícita nessa tecnologia baseava-se na ciência da época; era

essencial o rótulo da ciência/medicina para caracterizar esses procedimentos de reeducação como científicos.

Birman (1982, p.241) analisando a constituição do saber psiquiátrico, baseia-se em Foucault, e na sua obra *História da loucura* para afirmar que

a história da psiquiatria é o momento contemporâneo da história da loucura. (...) a doença mental é um momento determinado na história da loucura, e que se positivou como tal num momento preciso da história ocidental, devido a um conjunto de razões de ordem política, econômica e social.

Afirma ainda que o saber, a instituição e a prática psiquiátricas se articulam intimamente e são dimensões de um mesmo problema, a ser analisado numa perspectiva de complexidade considerando que a psiquiatria, principalmente através do movimento que ficou conhecido como preventivismo moderno, “pretende, no seu limite, a regulação do desvio social em níveis cada vez mais minuciosos” (p.244) e, todo comportamento social atualmente, pode ser objeto das tecnologias psiquiátricas ou psicológicas.

A Construção do Modelo Tecnológico Psiquiátrico Brasileiro e Cuiabano

Podemos retornar à história de Orestes, entendendo agora a sua agressividade, motivo da primeira internação, como a primeira possibilidade da afirmação “Orestes é louco”, justificativa de uma intervenção pedagógica e correcional.

A descrição do atendimento de Orestes indica uma pretensão em privilegiar o modelo clínico, uma vez que localiza no indivíduo o problema, excluindo qualquer fator de determinação da doença, inclusive de suas relações familiares mais próximas. Entretanto, relega à um segundo plano a observação, a análise, o diagnóstico clínico psiquiátrico/ psicopatológico, elementos essenciais desse modelo, ao priorizar uma informação oriunda do contexto social, mesmo que imprecisa - a agressividade. O objeto sobre o qual se focalizou o poder institucional neste caso foi Orestes, enquanto indivíduo desajustado às normas sociais vigentes? E o “carecimento” a ser resolvido foi a adequação do indivíduo à norma?

Ou o objeto teria sido a própria normalização da conduta dessa comunidade suscetível; objeto extraído a partir de uma necessidade pontual - o desajuste/ agressividade de Orestes?

Em qualquer um dos casos, torna-se claro que Orestes transgrediu a regularidade da comunidade onde vivia e o Hospital Adauto Botelho foi a expressão da tecnologia psiquiátrica capaz de atendê-lo. Essa tecnologia disponível parece manter ainda muitos aspectos do Tratamento Moral difundido no século XIX.

Tendo o saber psiquiátrico constituído-se na "confluência" da clínica com a moral, ou, dos saberes sobre a natureza e os da sociedade, ele incorporou no seu fazer a intervenção no campo social. A Teoria da Degenerescência, proposta por Morel no final do século passado influenciou fortemente a psiquiatria no Brasil até as primeiras décadas deste século. Segundo Cunha (1986, p.166), ela

apontava para formas de intervenção médica que ultrapassavam em muito a preocupação imediata com o indivíduo, lançando-se à tarefas de normalização social e indicando mesmo com precisão crescente os lugares em que esta intervenção se tornava necessária: no meio dos trabalhadores e da pobreza urbana.

Decorrentes da Teoria da Degenerescência, a teoria e a prática eugênica ocuparam um lugar privilegiado na tecnologia psiquiátrica brasileira entre os anos 20 - 40. Os alienistas, inspirados pelas idéias totalitárias da época, acreditavam que esta era a proposta científica que possibilitava á sociedade, gerida pela ciência moderna - "neutra", o controle da população. (Costa, 1980)

Estamos portanto abordando um saber e uma prática "novos", que se constituíram nos centros urbanos brasileiros na década de 30 - 50. Cuiabá, à essa época, buscava inspiração nos avanços da ciência moderna das regiões mais desenvolvidas do país para inaugurar o seu primeiro hospital psiquiátrico.

Não é o objetivo deste trabalho analisar o contexto histórico brasileiro ou cuiabano no final do século XIX e início deste, porém, não é de todo desnecessário enunciar alguns pontos que caracterizavam a sociedade desta época para situar, num contexto mais amplo, a inserção da tecnologia alienista e a seguir denominada psiquiátrica, nesta sociedade. Buscaremos portanto, apenas pontuar

questões da história da psiquiatria no Brasil, a partir de uma revisão da literatura, para compreendermos a constituição do modelo tecnológico-psiquiátrico de Cuiabá.

A sociedade brasileira era influenciada, na segunda metade do século XIX, pelo pensamento científico moderno que se apresentou ao mundo ocidental na Europa, no século anterior. As idéias iluministas que influenciaram o alienismo europeu no final do século XVIII, difundiram-se no cenário brasileiro e a positividade, uma de suas principais características, passou a exigir ações governamentais na área da saúde.

Machado et al (1978 p.376) analisando o surgimento da psiquiatria e as relações da medicina na sociedade brasileira do século XIX afirma:

Só é possível compreender o nascimento da psiquiatria brasileira a partir da medicina que incorpora a sociedade como um novo objeto e se impõe como instância de controle social dos indivíduos e das populações.

Num esforço de disciplinarização da cidade, o mesmo esforço que caracterizou a história européia do século XIX, e adotando como alvo de sua atuação principalmente os grupos marginais, o alienismo se constituía no Brasil. Sobre isso e, considerando as alterações decorrentes do modo de produção capitalista que se implantava com as decorrentes alterações nas relações de trabalho, Cunha (1986, p.24) afirma:

Assim, às margens da sociedade do trabalho, cresce toda uma fauna urbana empenhada em fraudar e resistir às disciplinas, e que logo se torna objeto de saber específico, como de formas de intervenção inicialmente oscilantes entre a criminologia e o alienismo.

Ao Estado cabia a regulamentação deste poder de polícia da medicina/psiquiatria, assim como em outras áreas médicas. O Estado tornou-se, a partir do final do século XIX, com a Inspetoria Geral de Higiene, o responsável pela vigilância das localidades e habitações populares, assim como pela direção e propagação do serviço de vacinação e pela fiscalização da alimentação pública. (Costa, 1985)

Ao Estado caberia, portanto, de acordo com a mesma perspectiva positiva/normalizadora, regulamentar a organização do espaço social dos loucos, cabendo aos médicos a responsabilidade técnica desta tarefa.

O objeto da medicina era o espaço social e a criação do hospício era o processo que possibilitava a inserção do louco neste espaço, organizado e disciplinado segundo as normas de higiene.

A loucura passou a ser definida, explicada e tratada pela medicina, e adquiriu, segundo Silva (1994, p.86), o

estatuto de doença mental, doença adjetivada, portanto específica, que requer um saber médico específico, técnica e métodos também específicos. Essa medicina especial, [...], teve um nascimento historicamente situado, resultado do encontro entre uma prática social sistemática de reclusão de incapazes e um pensar médico positivo.

A mudança de século foi caracterizada pelo investimento no controle das doenças pestilenciais características do Brasil àquela época, principalmente nos dois portos - Santos e Rio de Janeiro - porque as condições sanitárias colocavam em risco a incipiente economia exportadora cafeeira do País.

O Estado de São Paulo investiu pesadamente em saneamento e saúde pública, com o objetivo principal de atrair imigrantes para a lavoura cafeeira. A abolição da escravidão e a mudança dos padrões de trabalho, que passou da condição servil/indigna desenvolvida pelos escravos para a de valorização social, quando desenvolvido pelos imigrantes europeus, criou uma grande população de negros e mestiços a "infestar" as ruas da cidade do Rio de Janeiro e outros centros urbanos. Estes necessitavam ser "removidos" para permitir a circulação de pessoas "brancas trabalhadoras", além de se constituir em alvo de medidas higiênicas de controle de doenças, uma vez que essa população e sua condição promíscua de vida se constituíam em importante foco de doenças pestilenciais e mentais. (Resende, 1994)

Resende (1994, p.45), analisando o papel desempenhado por Osvaldo Cruz e por Juliano Moreira no Rio de Janeiro àquela época, afirma:

A Saúde Pública e a Psiquiatria dão-se as mãos na tarefa comum de sanear a cidade, remover a imundice e a

morrinha, os focos de infecção que eram os cortiços, os focos de desordem que eram os sem-trabalho maltrapilhos a infestar as cercanias do porto e as ruas do centro da cidade.

As medidas de higiene que denotavam preocupação com a saúde pública também se fizeram notar em Cuiabá no século passado, a exemplo do que ocorria em São Paulo e no Rio de Janeiro. Como decorrência da mudança do processo de produção, havia uma demanda por uma cidade burguesa ordenada e higienizada. Neste contexto, a Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá, primeira instituição médica de Mato Grosso, foi fundada em 1.816. (Silva, 1996))

Quanto ao tratamento dispensado aos loucos nessa época, podemos supor que, a exemplo do que acontecia nos demais centros urbanos brasileiros, viviam a perambular pelas ruas, caso fossem inofensivos ou eram recolhidos em casa pela família, caso a possuíssem, ou eram presos quando ameaçavam a ordem pública. Exemplificando essa hipótese, é citado por Cruz (1995 p.16), o relatório apresentado em 1.904 pela Diretoria de Obras Públicas ao Exmo. Sr. Coronel Antonio Paes de Barros, Digno Presidente do Estado onde solicita *“reparos de que necessitavam duas prisões deste edifício, que foram danificadas pelo preso alienado...”*

No ano seguinte foi inaugurada a Enfermaria de Alienados na Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá, primeira iniciativa local de atendimento médico aos alienados. Esta, em 1.908 já necessitava ser transformada em *“enfermaria prisão onde possam ser recolhidos os enfermos sujeitos às perturbações mentais, pois em enfermaria livre torna-se difícil evitar a fuga”*. (Cruz, 1995 p.16)

A partir da criação da Enfermaria de Alienados na Santa Casa, evidencia-se nos discursos políticos da época uma preocupação freqüente com a organização de espaços destinados a conter os loucos em Cuiabá, juntamente com uma preocupação com outras questões de saúde da população, como a lepra e a sífilis. (Cruz, 1995)

Embora situando-se periféricamente ao eixo de desenvolvimento científico da capital do país, o que determinava um certo *“atraso científico”*, a preocupação governamental com questões sanitárias, higiênicas e de

disciplinarização do espaço urbano oriundas do saber médico da época, também se faziam notar em Cuiabá.

Chamando a atenção para as condições desumanas dos loucos, junto com criminosos nas prisões ou perambulando pelas ruas, vários discursos políticos se fizeram ouvir nas décadas de 10-20, conclamando para a necessidade de um local adequado para o seu recolhimento; local este que impedisse a fuga dos "alienados", ao mesmo tempo que possibilitasse condições dignas de vida. (Cruz, 1995).

Para situar a assistência psiquiátrica no rol das políticas públicas do Estado brasileiro e, conseqüentemente, compreendermos a inserção da assistência psiquiátrica como uma questão de saúde pública em Cuiabá, é necessário iniciarmos pela análise das políticas sociais no Brasil, desde o seu surgimento. Estas iniciaram-se em nosso País, assim como em muitos outros, através da interferência do Estado nas relações de trabalho, após um predomínio dos princípios liberais tendo como base contratos ajustados entre indivíduos juridicamente iguais em todas as relações sociais e, do aumento dos conflitos gerados pela forma industrial de produção e acumulação de bens.

A primeira Constituição Brasileira, de 1.824, se pautou pelo "laissez-faire" no que se refere à proteção social, o que caracterizava o seu compasso com o liberalismo progressista da época. O País, na época apoiado em uma organização escravista da produção, omite também o problema do trabalho escravo nesta Constituição.

No final do século XIX, como resultado da inexistência de uma legislação de proteção social, surgiram as primeiras associações privadas de determinados ofícios, como as tentativas iniciais de proteção social relacionadas à categorias profissionais. Com o fim do Império e a instalação da República, são tímidas e esparsas algumas medidas de interferência do Estado na regulamentação de questões de força de trabalho. A partir de 1.923 tem início o processo de criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs).

Santos (1987) afirma que a Constituição de 1.934 reconhecia pela primeira vez, a "existência de direitos sociais que competia á União preservar". A

Consolidação das Leis do Trabalho, de 1.943 e outras medidas legislativas confirmaram a tendência de proteção social relacionada à capacidade de trabalho/produção dos indivíduos.

Com a emergência do capitalismo industrial e comercial brasileiro no início deste século, era imperiosa a necessidade de ordenamento/racionalização da força de trabalho. A atenção ao doentes mentais não podia mais se basear somente na exclusão/confinamento nos hospícios, que foram aumentando em capacidade e em número, mas na exclusão/recuperação, através do conhecimento médico-científico da época. Até o final do século passado foram construídos 19 hospícios no Brasil. A partir do início deste século surgiram os hospitais-colônia, que pretendiam a recuperação dos doentes mentais através do trabalho agrícola. Sobre a construção dessas colônias, Resende (1994 p. 47) escreve:

No Brasil, a entusiástica adesão à política de construção de colônias agrícolas não se deu apenas por exclusão de outras estratégias terapêuticas, de eficiência duvidosa, mas também por ter encontrado ambiente político e ideológico propício ao seu florescimento. As necessidades do incipiente capitalismo brasileiro tinham nas concepções e atividades em relação ao trabalho um sério obstáculo. Era preciso reverter ao "normal" a tradicional moleza do brasileiro, atitude, já se viu, histórica e sociologicamente determinada, mas elevada pelos alienistas à categoria de característica da índole de certos grupos sociais e étnicos.

Como já foi mencionado, foi a partir do trabalho que o Estado brasileiro no início deste século entrou nas questões das políticas sociais e da assistência aos doentes mentais, inicialmente estabelecendo medidas que regulamentavam as condições de venda da força de trabalho e, mais tarde, medidas de preservação e recuperação desta força de trabalho. Portanto, a organização dos serviços de saúde pública no Brasil foi uma resposta das classes dirigentes nacionais e do Estado liberal republicano às inúmeras ameaças que tolhiam o desenvolvimento de novas relações econômicas no País.

Braga (1981) considera que a partir da década de 20, ao nível do discurso, a atenção à saúde no Brasil passa a ser uma atribuição do Estado

Nacional, embora reconheça que na prática as questões sociais continuem a ser tratadas mais como caso de polícia.

A partir da década de 30 emerge e toma forma uma política nacional de saúde num contexto de mudanças profundas no Estado, com o rompimento da estrutura de poder da Primeira República. Em 1.930 foi criado o Ministério da Educação e da Saúde e, a partir daí o caráter predominante na área da saúde é o de “campanhas sanitárias”, com ações coordenadas centralmente, à maneira militar, com características nacionais /centralizadoras.

Compreendendo dessa forma o contexto nacional de políticas sociais e de saúde na década de 30, observamos que foi nessa mesma época que começou-se a utilizar para abrigo e reclusão dos loucos de Cuiabá e da região, uma chácara localizada às margens do rio Coxipó, que era destinada a prisioneiros. Mais tarde foi construído nesta chácara um casarão para abrigo mais adequado dos “loucos”.

A “Chácara dos loucos” como ficou conhecida, era mantida pelo governo do Estado e havia, além da guarda feita por policiais, um atendimento médico e de enfermagem esporádico e voluntário.

Em 1.953, como uma das medidas de uma ampla reformulação administrativa no governo federal, foi criado o Ministério da Saúde incorporando vários serviços, entre esses o de Assistência à Psicopatas. Segundo Braga (1981), a política de saúde nacional organizou-se em dois sub-setores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária, sendo o primeiro predominante até a década de 60.

Resende (1994) denomina a assistência aos doentes mentais até esta década como “*Psiquiatria da ralé*” porque, apesar da incorporação das CAPs pelo Estado, e da organização dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) na década de 30, com a incorporação gradativa da assistência médica aos segurados, a assistência psiquiátrica não constava das especialidades médicas atendidas por estes institutos, assim permanecendo até a década de 50. Os beneficiários dos IAPs recorriam aos hospitais públicos caso necessitassem de atendimento psiquiátrico, onde entravam na categoria comum de indigentes.

A incipiente organização do sistema previdenciário no Brasil não incorporou a assistência psiquiátrica como um de seus benefícios, o que denota,

segundo Resende (1994, p.56), que a sociedade esperava que à psiquiatria coubesse somente o papel de “recolher e excluir as sobras humanas de cada organização social, de cada momento histórico”, além do que, era necessário que a psiquiatria desse provas de sua eficiência, e as condições dos hospitais psiquiátricos da época eram provas de sua ineficiência.

Decorridos quase cem anos das denúncias a respeito das condições desumanas dos loucos no Rio de Janeiro, que originaram a construção dos primeiros “hospícios” organizados à partir dos princípios da ciência moderna e sob coordenação médica, a situação da assistência psiquiátrica ao final da década de 50 em todo o País era caótica. “Superlotação, deficiência de pessoal, maus tratos, condições de hotelaria tão más ou piores do que nos piores presídios” caracterizavam segundo Resende (1994, p.55) as condições dos hospitais psiquiátricos brasileiros, inclusive a Chácara dos loucos do Coxipó da Ponte, em Cuiabá, que “oferecia o mais lúgubre cenário aos olhos das desalentadas autoridades que sofrem verdadeiros arrepios ante as cenas medievais ali existentes” (Lopes Rodrigues Apud Resende, 1994, p. 55).

Devido aos reclamos da população e das autoridades locais, em 1955 o governo do Estado de Mato Grosso e o Serviço Nacional de Doenças Mentais firmaram um convênio para a construção de um hospital psiquiátrico em Cuiabá, que foi inaugurado em 1957, o Hospital Aduino Botelho.

A tendência predominante na assistência psiquiátrica brasileira a partir de 1964 é consequência do modelo privatista/“modernizante” do setor saúde implantado no País àquela época. A Previdência Social foi um fator fundamental no processo de contenção das necessidades sociais. O governo propôs uma expansão da rede estatal previdenciária, incorporou novas demandas e criou um círculo, no qual o Estado, através de políticas que privilegiavam o setor privado, criava o mercado e financiava a clientela, além de privilegiar e financiar a indústria farmacêutica, estabelecendo assim um sistema de alto custo e garantindo a reprodução do capital na área da saúde. Este processo, exemplificado no expressivo aumento do número de leitos psiquiátricos em hospitais privados conveniados foi denominado de “Indústria da Loucura”.

A política nacional de saúde e, conseqüentemente a assistência psiquiátrica, foi orientada para o privilegiamento da prática médica curativa, individual, especializada, em detrimento de medidas preventivas e de interesse coletivo.

A crise financeira da previdência no período 1974 - 1979, decorrente da expansão da cobertura via compra de serviços do setor privado sem ampliação da base de sustentação financeira, aliada à falta de controle dos produtores privados provocou reformas no sistema, com a conseqüente criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) em 1974 e várias outras medidas que visavam racionalizar custos, sem haver entretanto, uma intenção de reformular o modelo. Dentre as publicações que propunham essas medidas racionalizadoras, destacamos a Portaria N.º 32/74 do Ministério da Saúde, que será analisada mais abaixo e o Manual de Assistência Psiquiátrica na Previdência social do MPAS/75 .

Cuiabá contava, em meados da década de 70, com um único hospital psiquiátrico, o Adauto Botelho, hospital público com aproximadamente 600 pacientes. A assistência era precária, como era a assistência em praticamente todos os hospitais psiquiátricos públicos brasileiros; não havia sequer condições de abrigo razoáveis, uma vez que o número de leitos era de aproximadamente a metade do número de pacientes. Sendo a capital de um Estado que atravessava um período de intenso crescimento populacional graças á migração, a demanda por serviços psiquiátricos aumentava e o único hospital existente não atendia à essa necessidade.

Conforme o Relatório da Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso do ano de 1.975, o Serviço de Saúde Mental no Estado foi

iniciado em 07 de Outubro de 1975, com a Portaria n.º 108/75 em que o Senhor secretário designa o primeiro responsável pelo Setor ainda que tal Serviço já constasse do organograma e da estrutura administrativa da referida secretaria.

O mesmo relatório menciona o fato de que o Estado de Mato Grosso era, nessa época, um dos únicos da Federação que não dispunham de um órgão de coordenação das atividades de Saúde Mental. E cita, entre suas ações, a solicitação

de ampliação do Hospital Adauto Botelho para “o abrigo de 250 pacientes excedentes da capacidade de leitos do referido hospital”, além de contatos para que a Unidade de Saúde Mental no Centro de Saúde de Cuiabá voltasse a funcionar no ano de 1976 e de contatos junto à CEME para que esta fosse “alertada da estrita dependência deste órgão no próximo ano, para a expansão da prestação dos serviços médico psiquiátricos”.

Observa-se, neste relatório, uma preocupação com a organização das ações de saúde mental no Estado e uma adequação às recomendações emanadas do governo federal, haja visto a publicação da Portaria n.32 do Ministério da Saúde em 1974, que recomendava que as Secretarias Estaduais de Saúde, sob a coordenação da Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam) do Ministério da Saúde, elaborassem “Programas de Saúde Mental” com ações de nível primário, secundário e terciário na assistência psiquiátrica. Tal adequação reflete-se nas ações relatadas e previstas no referido relatório e, inclusive, no detalhamento da previsão orçamentaria citada no mesmo relatório, de “Cr\$ 50.000,00 colocada à disposição do Serviço de Saúde Mental, pela Unidade de Planejamento da Dinsam”.

Chamando a atenção para a necessidade da incorporação de uma nova concepção técnica de Psiquiatria Social, o Serviço de Saúde Mental da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso estava, portanto, afinado com a corrente teórica denominada Preventivismo, originária dos Estados Unidos da América, que influenciou toda a reorganização da política nacional de saúde mental ao final da década de 70.

Em Cuiabá e no Estado de Mato Grosso, ao contrário da tendência nacional de privatização, a assistência aos doentes mentais, mesmo aos contribuintes da Previdência Social, nessa época, era de responsabilidade do único hospital público existente. Não houve portanto, em Cuiabá, na década de 70, o processo denominado de “Indústria da Loucura”, ocorrido de forma geral em grande parte do território nacional nessa época. Esta discrepância em relação à tendência nacional provavelmente se deu em decorrência do descompasso entre a “modernização” das regiões sul e sudeste do País e do Estado de Mato Grosso, pois

este só veio a sofrer o “ímpeto modernizante” na década de 80, como consequência da política de abertura das “novas fronteiras” ao norte do País.

As recomendações constantes da Portaria n.º 32 do Ministério da Saúde, publicada em 1974 foram, portanto, no Estado de Mato Grosso, as estratégias utilizadas para resolver a situação de superlotação do Hospital Adauto Botelho, diferentemente de outras regiões do País, onde essa Portaria pretendia influir diretamente no processo de compra de serviços psiquiátricos dos hospitais privados.

Entretanto, ao analisar o programa de atendimento psiquiátrico do INAMPS no início dos anos 80, Bernardo (1992) considera que houveram muitas contradições entre o que foi preconizado pela Portaria citada e o efetivamente praticado. Situa na necessidade de racionalização dos custos da assistência psiquiátrica da época a justificativa dessa Portaria, uma vez que, em 1.973, 97% dos recursos do INAMPS destinados à assistência psiquiátrica eram para a assistência hospitalar; enquanto, no mesmo ano, cerca de 90% dos hospitais psiquiátricos brasileiros eram conveniados com o Estado, decorrendo daí, segundo o autor, a ineficácia das propostas de mudança no enfoque assistencial, preconizado pela Portaria. Conclui sua análise afirmando que, apesar das propostas políticas, a assistência psiquiátrica continuou a atender, essencialmente aos interesses dos “empresários da enfermidade mental”.

Em Mato Grosso, entretanto, graças à uma política de interiorização de serviços baseada no modelo preventivista, foram descentralizadas algumas ações e tentou-se o estabelecimento de uma rede hierarquizada de serviços, articulada com a rede básica de saúde, principalmente no interior do Estado, que demandava a maioria dos pacientes internados.

Importantes decisões relacionadas à descentralização administrativa da Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso ocorreram no período compreendido entre 1979 e 1982, quando foram implementados cinco Pólos Regionais de Saúde, a saber: Pólo de Cáceres, Barra do Garças, Rondonópolis, Diamantino e Cuiabá. Conforme consta do Relatório de Atividades da Secretaria deste período,

estas Regionais de Saúde passaram a contar com uma infraestrutura mínima necessária para o atendimento das Unidades de Saúde dos municípios que compõem cada Pólo, a fim de desenvolver as atividades de distribuição de material e medicamentos, supervisão, bem como participação no treinamento de pessoal.

Essa tendência à descentralizar as ações de saúde no Estado de Mato Grosso, reflete as tentativas de reformulação da política nacional de saúde, conseqüência da falência do modelo privatizante anterior. Reflete também uma necessidade de racionalizar custos num momento em que o Estado brasileiro enfrentava um sério declínio da atividade econômica.

Com o aprofundamento da crise econômica, foram instituídas medidas nacionais para cobrir o déficit gerado pelas políticas sociais, sempre no sentido de aumentar a contribuição dos trabalhadores. Assim surgiram tentativas de resolução como o PREV-SAÚDE em 1980 e o CONASP em 1982, ambos insuficientes, entre outros motivos, porque restritos à reorganização da assistência médica, quando a crise era político-ideológica e sobrevinha como conseqüência direta da queda da qualidade de vida da população.

Com as mudanças políticas e o peculiar processo de redemocratização brasileiro, através da introdução de novos atores políticos e técnicos no aparelho estatal, aprofundou-se e ampliou-se um movimento contra-hegemônico que tentou influenciar as políticas públicas de saúde e determinou mudanças substanciais no sistema de saúde brasileiro, ou seja, a Reforma Sanitária.

Utilizando as AIS - Ações Integradas de Saúde - como estratégia de mudança para o novo modelo assistencial e incorporando as reivindicações dos movimentos e lutas dos trabalhadores que marcaram a década de 80, foram sendo introduzidas reformulações no sistema que culminaram no SUS - Sistema Único de Saúde. A eliminação da contribuição previdenciária como condição para o acesso aos serviços públicos de saúde significou uma ruptura com o modelo corporativo do benefício e instituiu o preceito da seguridade social e da universalidade.

Em 1984, no Relatório de Atividades da Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso, constava como uma das atividades relacionadas à melhoria da

assistência no Hospital Adauto Botelho, o "Convênio realizado pelas AIS (Ações Integradas de Saúde)", ficando o referido hospital sob o regime de co-gestão.

A doença mental, até os anos 80 rigidamente contida na camisa-de-força dos muros dos hospícios e de um saber científico hegemônico e corporativo, com o processo de redemocratização foi elevada, ao nível do discurso, à condição de co-participante do processo de mudança no setor saúde brasileiro.

O processo que teve início nessa época, com a organização do Movimento Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental e que culminou com a Reforma Psiquiátrica, será discutido no Capítulo 3, quando se analisará o surgimento de um hospital privado conveniado no cenário da assistência psiquiátrica de Cuiabá, enquanto a política nacional (pelo menos ao nível do discurso) estava orientada para a assistência psiquiátrica extra-hospitalar.

O Programa de Saúde Mental do Estado de Mato Grosso parece ter contribuído significativamente para a redução do número de pacientes internados no final dos anos 70 e início dos anos 80, conforme os dados constantes dos Relatórios de Atividades da Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso, no período 1980 a 1984. Neste período, a média de pacientes internados no Hospital Adauto Botelho diminuiu de 471 para 298 pacientes e a média de permanência (em dias) dos pacientes internados também diminuiu de 96,08 para 64,7 dias. No que se refere ao número total de internações, houve também uma queda significativa, se compararmos o número em 1980, que foi de 1.764, com 1.527 no ano de 1984. Entretanto, neste período, durante o ano de 1982, houve um aumento significativo para 1.918 pacientes internados. Isso talvez reflita dificuldades relacionadas ao funcionamento dos pólos enquanto instâncias que "drenavam" os pacientes para internação e, muitas vezes funcionavam de modo descontínuo.

Utilizando como estratégia de ação o treinamento de profissionais "generalistas" (médicos, enfermeiras, assistentes sociais, psicólogos e auxiliares de enfermagem) que atuavam nos pólos, para o atendimento das pessoas com problemas mentais, o Programa fazia a "contenção" da demanda muitas vezes no próprio pólo, uma vez que eles dispunham de medicamentos psicotrópicos para o atendimento. Além disso, os pacientes que após uma primeira avaliação no pólo

regional específico eram encaminhados para a internação, ao retornarem eram referenciados para esse mesmo pólo, com uma “ficha de egresso” para que os profissionais pudessem dar continuidade ao esquema medicamentoso iniciado no hospital.

Embora o Programa de Saúde Mental no Estado de Mato Grosso utilizasse como base teórica para as suas ações, os pressupostos do Preventivismo, e este recomendasse Ações de Nível Primário, Secundário e Terciário, na prática restringiu-se, quase totalmente à uma racionalização das internações psiquiátricas, seja no controle das admissões e altas, seja na própria reorganização interna do Hospital Adauto Botelho. Algumas ações de nível primário e secundário foram realizadas, como palestras educativas e “preventivas” de doenças mentais, principalmente relacionadas ao abuso de álcool, porém de forma descontínua e não sistematizada.

Discutimos portanto, a construção do Modelo Tecnológico Psiquiátrico de Cuiabá, nas décadas de 70 e 80, com o objetivo de compreender quais foram as características deste Modelo, que no dia 11 de julho de 1984 atendeu Orestes, quando ele foi considerado louco e internado pela primeira vez.

Baseando-nos nas informações apresentadas acima, podemos caracterizá-lo como um Modelo que, até essa época, fazia um movimento próprio, no que se refere à manutenção de um sistema público de atendimento, porém acompanhava as tendências das políticas nacionais de assistência psiquiátrica. Ou seja, embora tivesse uma atuação “afinada” com as políticas nacionais, reproduzindo as orientações delas emanadas, mantinha também com elas, graças à peculiar situação de desenvolvimento político-econômico do Estado no cenário nacional, um descompasso, um “atraso”, no que se refere à manutenção de uma assistência centralizada em um único hospital público do tipo colônia ou asilo.

Para compreendermos como o Modelo Tecnológico Psiquiátrico de Cuiabá em 1984 reconheceu em Orestes uma “doença mental” e quais foram os mecanismos e estratégias desse Modelo para o enfrentamento dessa “doença”, retornaremos à sua história de vida, agora demarcando os primeiros anos de sua “doença” e “tratamento”.

2. A SOBREVIVÊNCIA DE UM LOUCO E DE UM SABER SOBRE A LOUCURA - ORESTES E A PSQUIATRIA

2.1 - ORESTES - O LOUCO - NO HOSPITAL QUE PARECE ASILO

A partir de sua primeira internação em Julho de 1.984, Orestes foi internado onze vezes num período de três anos. Na entrevista, indagado sobre o motivo dessa internações, Orestes foi reticente, não se lembra dos motivos. Na quase totalidade das internações era conduzido ao hospital pelo pai, às vezes acompanhado pela polícia ou bombeiros, que informavam como o fator que motivou o encaminhamento, um estado de agressividade relacionada à pessoas ou propriedades, como pode ser observado nos relatos abaixo, extraídos do prontuário:

13/02/85 - Readmitido... entrou andando aparentemente calmo, em companhia de seu pai que... relatou agitação agredindo e quebrando coisas...

12/08/85 - Readmitido... informou o pai que não usa medicação em casa, está muito agressivo, quebrando tudo em casa e rasgando a roupa....

02/11/85 - Retorna trazido pelo pai que informa que o mesmo [está] muito agressivo em casa. No momento aparenta tranqüilidade, respondendo coerentemente às perguntas... Reinternamos.

24/12/86 - Readmitido... veio em companhia de seu pai... hoje começou a jogar pedra no carro do vizinho.

Os relatos das admissões descrevem sucintamente um quadro de agressividade, sempre acompanhado de uma observação sobre a "aparente" tranqüilidade de Orestes no momento da internação. Num relato há menção inclusive ao fato de que, "*sempre vem com Corpo de Bombeiros, ... mas não esboça reação à internação*" o que denota um fato curioso, haja visto que alguém que se mostra

sempre tão agressivo, ao ser internado contra a vontade, trazido pela polícia ou bombeiros, não reage à ela mas, ao contrário, se submete passivamente.

A duração das internações variaram de um período de 06 até 81 dias. Orestes ficava hospitalizado com muita freqüência, saía de alta e com um intervalo pequeno de tempo era reinternado, chegando a ter um período de 6 dias como intervalo entre uma internação e outra.

No final do ano de 1.985 Orestes mudou-se com o pai e a companheira deste para Cuiabá. As internações continuavam freqüentes e, durante as mesmas, o contato com o pai diminuía gradativamente. A admissão continuava acontecendo sempre em companhia do pai, a alta porém, que a princípio também se dava na companhia do mesmo, modificou-se: o Serviço Social do hospital passou a ter problemas para a localização do pai quando da alta, conforme se observa nos relatos:

09/11/85 - Alta médica.

11/09/85 - Enviamos aerograma solicitando presença do pai neste hospital. Aguardamos.

(12 dias depois) - Saiu de alta sozinho.

13/01/86 - Alta médica. Enviamos telegrama solicitando presença do pai [para] tratar assunto referente à alta.

20/01/86 - Pacte. Relata que mudou de, mora no Grande Terceiro com seu pai... e sua madrasta. Informou-nos que não sabe ir sozinho e acrescentou que seu [pai] nunca veio visitá-lo. Entramos em contato com a Rádio Cultura ... no sentido de pedir para o Sr... comparecer neste hospital.

21/01/86 - Enviado aerograma nesta data para o seu pai, comunicando sua alta e pedindo sua presença.

23/01/86 - Saiu de alta médica em companhia da estagiária de enfermagem até sua residência.

Na oitava internação, após várias tentativas mal sucedidas de contato com o pai, inclusive duas visitas domiciliares feitas pela assistente social, Orestes “saiu de alta em companhia da assistente social ... até sua residência”.

Orestes esteve internado no período compreendido entre as comemorações de Natal e Ano Novo dos anos 85-86 e 86-87.

Orestes ia e voltava ao hospital, era internado com uma história sempre muito igual - a agressividade - que era medicada, para em seguida voltar à casa de seu pai, onde não tomava a medicação e então “adoecia” - agredia - novamente e o círculo se fechava em si mesmo.

O encaminhamento para internação de alguém que apresentava, como manifestação mais importante de “sua doença” um comportamento agressivo, parece demonstrar uma incorporação do princípio pedagógico do saber psiquiátrico no ambiente social e familiar. Ou seja, durante este período, no contexto histórico de Orestes, a alteração de comportamento - agressividade - foi compreendida e interpretada na família e na comunidade como sendo a manifestação de uma “doença mental” que deveria ser encaminhada para “tratamento” no “hospital psiquiátrico”.

À essa época o Sr. João não tinha trabalho fixo, havia vendido o seu sítio e não possuía mais nenhuma renda. Morava num bairro da periferia de Cuiabá. Teve várias companheiras e nenhuma união estável depois da morte da esposa. Bebia de modo descontrolado e não tinha mais capacidade de cuidar das suas atividades de vida diária. Portanto, ao retornar para a casa do pai após a alta hospitalar, Orestes encontrava uma situação conflituosa adicional ao seu conflito interno. Necessitando ser amparado/cuidado e deparando-se com uma situação caótica em família, restava à Orestes talvez como única possibilidade de alívio do sofrimento, a fuga psicótica - a “heteroagressividade” que, como sintoma psiquiátrico, justificava a internação. Esta por sua vez, significava a acolhida, o cuidado, o tratamento que ele não dispunha em casa mas, ao mesmo tempo, o afastamento social, a exclusão, o estigma de doente/louco.

A partir desse relato das internações de Orestes, de suas idas e vindas para casa e para o hospital - asilo, identificamos como característica do Modelo Tecnológico Psiquiátrico de Cuiabá que o atendeu nesta época, a ênfase na exclusão social e tentativa de correção de um comportamento que não se adequava socialmente. Estão presentes o abandono familiar, social e institucional: na família ele era abandonado à sua própria sorte, enquanto sujeito que não dispunha de recursos pessoais suficientes para sobreviver física, emocional e financeiramente

sozinho; no hospital, com características de asilo, ele era “acolhido” na condição de sujeito socialmente incapaz entretanto, abandonado enquanto sujeito socialmente “viável”, e assim, esta comunidade sinalizava para Orestes o seu lugar e papel.

Assim como Orestes, o Modelo Tecnológico que o atendeu, teve uma origem historicamente situada e “sobreviveu” ao longo da história. Já relatamos o surgimento do saber científico sobre a loucura e, depois do relato da “sobrevivência” de Orestes apresentado acima, voltaremos a adotar uma perspectiva histórica de análise, através de uma breve revisão bibliográfica, agora privilegiando as “idas” e “vindas” deste saber, os conflitos que se apresentaram para o “saber psiquiátrico” tentar se sustentar como “saber científico” e as dificuldades que se impuseram no caminho da sua justificação enquanto “prática clínica”.

2.2 - MANOBRAS E ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PARA A SOBREVIVÊNCIA DE UM SABER “DISCIPLINAR” QUE SE PRETENDEU “CLÍNICO”

Vários autores estudaram, de modo crítico ou não, as tentativas de apreensão da loucura pela medicina e, como essa relação foi sendo estabelecida, até culminar com a compreensão atual de loucura = doença mental.

Muito antes do surgimento da Psiquiatria e da Psicologia, áreas do saber relacionadas à doença mental, existiu um momento onde houve a ruptura entre a razão e a não razão; da razão que necessita da loucura para existir como razão. (Foucault, 1991)

O surgimento da filosofia idealista platônica, que pressupunha a doença como desequilíbrio dos elementos do corpo e das imagens na alma, e a saúde como o equilíbrio harmonioso do corpo comedido, regado, e da alma sincronizada aos modelos eternos, originou o pensamento ocidental da relação entre loucura e desrazão. Assim, a saúde da alma se relaciona ao controle das paixões. Este pensamento, que se originou na filosofia grega, teve influencia marcante em toda a produção da ciência moderna. (Fuganti, 1991)

A partir de Aristóteles, que se baseava na lógica e no empirismo, se deduz uma concepção de “saúde da mente” relacionada ao correto funcionamento lógico do intelecto, à percepção e adequação correta à realidade. (Stolkiner, 1988)

A dualidade mente-corpo foi acentuada na filosofia religiosa da Idade Média. O corpo era visto como a origem do pecado e da degradação e a alma como a possibilidade de toda perfeição, porque representava a imagem do criador. Deduz-se desta época a compreensão da loucura como um fenômeno de ordem moral, a tomada da alma humana pelo demônio.

A loucura, com uma conotação mística e manifestação mágico-religiosa, possibilitou uma certa tolerância com os loucos até meados do século X quando a Igreja, que detinha amplos poderes na sociedade, passou a controlar rigidamente todas as formas de conhecimento e a classificar todos os comportamentos contrários ao poder eclesiástico como uma forma de loucura, feitiçaria ou heresia. Os loucos foram então, junto com os feiticeiros e hereges, perseguidos e muitas vezes mortos. (Humerez, 1990)

Com o declínio do feudalismo, o surgimento da manufatura na Europa e a conseqüente alteração na organização do trabalho, a loucura passou a ser considerada um problema social/público. Identifica-se então a loucura como defeito moral, como perversão da vontade, desvio da normalidade; normalidade enquanto regra moral e social de comportamento e de ajustamento ao sistema de produção burguês.

Os loucos serão acolhidos (e excluídos) nos hospitais junto com os pobres, vagabundos e miseráveis. A loucura, despojada de qualquer glória ou mistificação, será acolhida no hospital; e a “hospitalidade será também a medida de saneamento que a exclui” (Foucault, 1991 p.163).

Aliado ao surgimento desta nova ordem social relacionada ao trabalho, entre os séculos XVI e XVII, dá-se a aurora da ciência experimental que tem o seu apogeu em Descartes (1596 - 1650) com sua filosofia que estrutura o pensamento moderno com base no dualismo mente-corpo, idéia-matéria. (Stolkiner, 1988)

Os asilos superlotados com toda a desordem reinante, a ameaçar a sociedade "sadia", clamava por ordem, racionalidade e organização.

A complexidade crescente da indústria na segunda metade do século XVIII na Europa, aliada ao surgimento de um pensamento filosófico-científico racional-positivo possibilitou um esquadramento dos asilos com a finalidade de recuperar a força de trabalho aí disponível para o processo produtivo. Neste processo, os loucos foram considerados uma categoria à parte e vistos de forma única aos olhos de um saber médico-científico-positivo que pretendia, utilizando-se da classificação e da prática clínica, organizar o espaço de reclusão e recuperar, se possível, o material humano excluído.

Foucault (1991 p. 48) ao discorrer sobre o período da "A Grande Internação", situa no asilo o surgimento da Psiquiatria como ciência e critica a atitude mítica que atribui a Philippe Pinei o papel de "libertador dos loucos" e de "Pai da Psiquiatria", ressaltando que "é entre os muros do internamento que Pinel e a psiquiatria encontrarão os loucos; é lá - não nos esqueçamos - que eles os deixarão". Ainda que, segundo este mesmo autor, tanto Pinei como a Psiquiatria tenham se vangloriado por essa "libertação".

Portanto, a existência dos asilos superlotados e a Revolução Industrial, aliados aos princípios do Iluminismo, foram as condições de possibilidade do surgimento da Psiquiatria.

"O fato da loucura, a partir do século XVII, pertencer à patologia (Medicina, Psiquiatria), deve ser considerado como um confisco, não determinado de modo algum pela própria essência da loucura". (Foucault, 1991 p.159)

É no contexto do surgimento da Psiquiatria como ramo da ciência médica que se define a loucura como desvio social. Nesta assertiva reside o paradoxo que acompanha a Psiquiatria desde o seu surgimento: a ciência que tentou provar a loucura como doença é a mesma que legitimou, classificou e garantiu o seqüestro dos socialmente incapazes; prática médico-científica ou norma político-social? Se a Psiquiatria percebe o indivíduo doente como desviante, a loucura não se coloca como uma questão médica mas essencialmente política.

Assim, a “loucura”, fenômeno amplo, paixão pervertida, vontade perturbada, será transformada no objeto da Psiquiatria como “doença mental”. Neste sentido, não somente os loucos foram aprisionados nos asilos/hospícios, mas também a loucura foi aprisionada pelo pensamento científico moderno.

A reclusão nos asilos/hospícios será defendida então pelos alienistas como necessária e imprescindível para o conhecimento minucioso e classificatório da “alienação” mental, assim como para a normalização do comportamento dos “doentes” aí reclusos. A “ciência psiquiátrica” nascente deverá buscar neste espaço, agora “disciplinado”, a “docilidade” e a “obediência” dos corpos para a reeducação da “vontade perturbada” à retidão de comportamento e as “paixões pervertidas” à submissão e à renúncia.

É portanto, com uma maior ênfase “moral” que “científica-racional” que surge a doença mental ou alienação na ciência médica, e isto se contrapõe ao pensamento médico da época que buscava no racionalismo científico a explicação da saúde e da doença. Aproximando-se do campo da justiça, da polícia e da administração, o alienismo quase nada acrescentava ao saber médico, exceto a classificação nosológica de sinais e sintomas das doenças mentais.

A “doença mental” surgida pela classificação dos moral e socialmente excluídos, inicia então a busca de suas bases anátomo-clínicas para o reconhecimento no meio científico. No século XIX, a Teoria da Degenerescência explicava a doença mental como uma desarmonia ou enfraquecimento moral e intelectual transmitido hereditariamente e passou a influenciar grandemente a Psiquiatria Organicista européia, tentando, de maneira infrutífera, a explicação racional da “doença mental” e propondo inclusive a “profilaxia preservadora” ou eugenia² para a não proliferação das desordens morais/mentais na população. (Silva F., 1994)

² Eugenia foi um conceito muito presente no pensamento científico no final do século XIX e início do século XX, desenvolvido pelo fisiologista inglês Galton e que se relacionava à possibilidade de “controle científico” dos fatores biológicos e sociais para o “melhoramento da raça humana”, no aspecto físico e mental. A intervenção médica na sociedade para impedir que pessoas “degeneradas” como alcoolistas e doentes mentais procriassem, era uma proposta decorrente da influência do pensamento eugênico na psiquiatria. (Costa, 1980)

Assim, a relação do saber alienista com o modelo clínico que se difundiu na medicina europeia do século XIX parece ter sido secundária e estratégica; mais voltada para a necessidade de justificar o ideal de “higienização” social do alienismo.

No final do século XIX surge uma corrente teórica que busca a explicação da “doença mental” por uma via completamente diferente da que se refere à localização corporal. Freud foi o precursor de teorias que pressupõem o inconsciente e suas derivações como fundamentais para a explicação das “doenças mentais”.

A primeira metade do século XX foi marcada pela tensão entre as explicações fisicalistas, neurológicas e as de ordem moral, “psicológicas”, referidas à interioridade não física, apreendida a partir das idéias do inconsciente. (Venâncio, 1993)

Birman (1980) ao discutir as relações entre a Medicina, a Psiquiatria e a Psicanálise e, principalmente a tendência da última de se integrar no “projeto institucional” das primeiras, considera que a Psicanálise trouxe uma nova abordagem para a Clínica, ou seja, enquanto na Clínica o “olhar” era o instrumento básico, na Psicanálise a “escuta” era a ferramenta fundamental.

Este autor, ao analisar a obra “*O nascimento da clínica*” de Michel Foucault, afirma que a clínica se caracteriza como uma racionalidade anátomopatológica e, nela, “o doente se destaca como verdade empírica”, sendo portanto o objeto da construção de um saber concreto, denominado “anátomo-clínico”, resultado principalmente de uma avaliação visual. Diferentemente, na Psicanálise, há uma troca de palavras entre o médico e o analisado, o falar e o escutar são as estratégias fundamentais. Consequentemente, há uma ruptura com o saber médico-clínico-visual, e, a prática psicanalítica, segundo este autor, instalando-se “no campo da representação, é radicalmente uma *poesis*, pois é através da linguagem que pretende decifrar o enigma da loucura”. (Birman, 1980 p.144)

Sendo inicialmente uma possibilidade de ruptura com o saber médico-clínico-psiquiátrico, a Psicanálise entretanto, preocupada com a respeitabilidade social foi, mais tarde, a partir dos Estados Unidos

colonizada pela instituição médica, sendo que pertencer à profissão médica se transformou na condição básica para que um candidato tivesse acesso à formação pedagógica, nos Institutos de Psicanálise vinculados à Associação Psicanalítica Internacional. (Birman, 1980 p. 166)

E, mais adiante, esse mesmo autor acrescenta: “Enfim, pela medicalização da Psicanálise a dimensão da escuta sucumbe à perspectiva médica do olhar”.

Outros autores consideram que a Psicanálise buscava, a partir de um outro referencial, uma explicação igualmente racional e individual para a “doença mental”, assim como a Clínica do século XIX.

Guattari (1991, p.8) considera que o inconsciente postulado por Freud, ou seja, “um continente oculto da psique, no seio do qual se processaria o essencial das opções pulsionais, afetivas e cognitivas”, é atualmente indissociável das práticas psicanalíticas, psicoterapêuticas, institucionais, literárias entre outras, sendo um fato incontestável o enriquecimento que essa teoria provocou na abordagem da psique. Entretanto, o mesmo autor em seguida afirma que:

O próprio inconsciente freudiano evoluiu ao longo de sua história; ele perdeu a riqueza efervescente e o inquietante ateísmo de suas origens e voltou a centrar-se na análise do eu, na adaptação à sociedade, ou na conformidade a uma ordem significante, em suas versões estruturalistas.

E, a seguir, indaga:

Seriam os modelos de inconsciente, propostos no “mercado” da psicanálise, convenientes às condições atuais de produção de subjetividade? [...] O inconsciente freudiano é inseparável de uma sociedade atada a seu passado, a suas tradições falocráticas, a suas invenções subjetivas. As subversões contemporâneas apelam, sem dúvida, para uma modelização mais voltada para o futuro e para a emergência de novas práticas sociais e estéticas em todos os domínios. (Guattari, 1991, p.9)

A partir da metade do século XX, os avanços tecnológicos e a necessidade de recuperação de muitos países devastados pela guerra,

impulsionaram uma corrente teórica que, gerada dentro dos hospícios/hospitais psiquiátricos, questionava o papel desta instituição e do saber psiquiátrico na recuperação dos “doentes mentais”. Muitos estudos foram realizados no sentido de recuperar o significado histórico e político da psiquiatria como ciência e estes estão relacionados à Antipsiquiatria.

Castel (1975) considera que existem várias tendências na Psiquiatria contemporânea, que coexistem, em alguma medida se articulam e se repelem e que podem ser esquematicamente apresentadas como tendo dois pólos opostos. Num deles, a psiquiatria herdada do século XIX, parcialmente modificada, que celebra as virtudes do asilamento, mantém relações estreitas com a neurologia, utiliza-se basicamente de terapêutica medicamentosa, despreza todas as formas de psicoterapia e mantém uma rígida segregação de pacientes e hierarquização de serviços. No outro pólo encontra-se a antipsiquiatria que apresenta características inversas. Entre estes dois pólos existem quatro ou cinco variações que orientam a prática e as opções teóricas da maioria dos psiquiatras atualmente.

Podemos admitir que a partir da década de 60, a psiquiatria encontrou uma base de sustentação racional significativa para o seu reconhecimento como prática médico-terapêutica, com a descoberta e utilização em larga escala de medicamentos psicotrópicos. Isto possibilitou a contenção química que tornou obsoletas e desnecessárias as práticas violentas de contenção física até então de uso comum por sua finalidade “terapêutica” nos hospitais psiquiátricos.

A utilização dos psicotrópicos e as práticas a eles relacionadas como a possibilidade de tratamento ambulatorial, menos segregador e mais de acordo com os modernos padrões assistenciais de respeito aos direitos humanos, influenciou a expansão das práticas e o avanço da pesquisa na área da saúde-doença mental. Agora, não só a “doença mental” é objeto de estudos para a “cura” mas, toda a vida humana passa a ser objeto de intervenção dos profissionais da área “psi”, para que os problemas da condição do existir humano sejam médica e psicologicamente abordados. Na tentativa de prevenir os distúrbios/anormalidades que gerariam as “doenças”, a ciência se orienta para a “saúde mental”.

As ciências da área “psi” passaram a se constituir, a partir dos anos 50-60, na possibilidade de promoção da felicidade humana. Integrando-se cada vez mais ao tecido social, imiscuindo-se nas relações quotidianas de trabalho, família e escola, ditavam as normas de conduta para os indivíduos se ajustarem sem conflitos às diversas situações. A “saúde mental” entendida como felicidade, adequação, ajustamento social e ausência de conflitos é o objetivo a ser alcançado, individual e coletivamente numa sociedade produtiva, organizada e saudável.

A medicalização do social foi marcante a partir daí. Os problemas até então relacionados à existência humana como a tristeza e a melancolia são agora interpretados à luz da ciência “psi”; dificuldades para obtenção de “sucesso” numa sociedade altamente competitiva são alvo da intervenção, preventiva ou não, dos profissionais da área “psi”; enfim, os conflitos existenciais, mentais, morais ou da alma, encontram um espaço socialmente designado para a sua prevenção ou resolução. As condições de “saúde” e “doença” mental são analisadas não mais de maneira estanque, como realidades opostas e diferentes, mas como uma diferença de gradação de quantidade de uma mesma realidade; o “sofrimento psíquico” é compreendido no processo de “existência-sofrimento” dos indivíduos. A concepção ontológica de saúde-doença que explica a doença como algo que foi acrescido ou diminuído ao organismo humano é substituída pela concepção dinâmica, que supõe a doença como uma perturbação do equilíbrio.

Como podemos resumidamente assinalar a partir das referências bibliográficas apresentadas acima, a psiquiatria utilizou recursos e estratégias variadas para a sua institucionalização enquanto saber e prática médico-clínica. Adotou como sua vocação, ao longo de sua história, uma pedagogia disciplinar de amplo alcance social, entretanto, suas intervenções buscavam no conhecimento científico moderno sua base racional explicativa. Havendo notoriamente uma contradição ou uma inadequação de sua racionalidade à sua prática, lançou mão das mais variadas estratégias para se sustentar como ciência. Todavia, sua racionalidade científica parece ter estado sempre em débito com o positivismo do qual pretendia ser o desdobramento social.

Podemos observar que, do mesmo modo que Orestes “ia” e “voltava” de casa para o hospital, na tentativa de se resolver o problema de sua inadequação social a partir de um enfoque médico, o modelo tecnológico psiquiátrico “ia” e “vinha”, nas suas diferentes e muitas vezes conflituosas concepções teóricas, tentando se sustentar como modelo.

Para compreendermos como essa “ciência” esteve presente na determinação do Modelo Tecnológico que atendeu Orestes em Cuiabá, retomamos portanto, à história de sua vida, situando-nos especificamente no período de suas primeiras internações, que se deram em um hospital público do tipo “asilar” e em algumas situações desse contexto institucional que exemplificam, ao nosso ver, as características desse Modelo.

2.3 - AS JUSTIFICATIVAS E OS MECANISMOS DA CLÍNICA PARA A CONTENÇÃO DE ORESTES - O LOUCO

Para que a loucura de Orestes “coubesse” dentro do Hospital Adauto Botelho e, portanto dentro do Modelo Tecnológico Psiquiátrico de Cuiabá em 1984, ela tinha que apresentar os códigos necessários á esse modelo. Para exemplificarmos como isso poderia acontecer, apresentamos um resumo de uma das internações de Orestes:

A quarta internação, ocorrida em 02/11/85, deveria ter terminado seis dias depois, em 08/11/85, quando Orestes obteve “alta médica”. Entretanto decorrido um mês dessa data, ele permaneceu internado e, neste período, há somente uma anotação no prontuário, informando que “o paciente” aguardava a compra de passe de ônibus para sua saída/alta, em 13/11/85. Orestes, apesar disso, permaneceu no hospital até que no dia 09/12/85 o psiquiatra anotou:

*Paciente com agitação psicomotora. Cortou o pulso.
Suspende a alta. Haldol + Diazepam + Fenegram 1 amp.
EV 8 e 20 h.*

Diversas interpretações poderiam ser dadas para esse quadro de agitação psicomotora e auto-mutilação, entretanto chama a atenção o fato de que até então, apesar das informações referentes à agressividade que motivavam as

internações, não havia nenhum relato sobre agitação, agressividade ou auto-mutilação durante as internações, que ocorreu então, pela primeira vez, quando Orestes permaneceu hospitalizado trinta e um dias após a alta.

Parece evidente o abandono familiar e a ausência de abordagem desse problema no atendimento de Orestes. A instituição não sabia como ou o modelo institucional não dava conta de lidar com o problema de abandono familiar - problema não médico, não possível de ser abordado clinicamente. Entretanto, ao apresentar "agitação psicomotora", e talvez, manifestar a única reação possível nesta situação, Orestes recebeu atenção da instituição. Ele foi contido no seu comportamento pela medicação e esta, sendo considerada insuficiente no dia 18/12/85, foi substituída pelo psiquiatra, nessa mesma data, por "*Convulsões Elétricas 10 aplicações*". O motivo, conforme anotação da enfermeira-chefe (primeira anotação desta no prontuário), foi:

paciente continua muito agitado, quebrou vidraças e revirou todas as camas do setor

A contenção química sendo insuficiente, foi substituída pela contenção elétrica mas, basicamente o problema da agitação e auto-mutilação "coube" na abordagem clínica, ainda que para isso tenha sido necessário lançar mão de instrumentos estranhos à clínica em geral como a Eletroconvulsoterapia.

Muitos estudos já foram realizados sobre as características da internação psiquiátrica. Alguns são clássicos como *Manicômios, prisões e conventos* de Erving Goffman (1974) que, ao classificar o hospital psiquiátrico como "instituição total", afirma que a característica central desta é o fato de que os internos desenvolvem as atividades características da sociedade moderna, ou seja, "dormir", "brincar" e "trabalhar" em um único local, com os mesmos co-participantes, sob a mesma autoridade e de acordo com um plano racional geral. Há portanto uma sujeição total da identidade à uma organização geral que determina horários, rotinas, locais, regras, enfim, que condiciona a vida coletivamente nestas instituições e que são impostas por uma equipe dirigente.

Muito já foi dito sobre o desrespeito e a violência que a internação psiquiátrica freqüentemente impõe ao internado e também sobre as condições muitas

vezes até desumanas dos hospitais psiquiátricos brasileiros. Bruck (1989), por exemplo, estudou o que denominou de “ação deseducativa” num hospital psiquiátrico público de Porto Alegre, quando discutiu a “pedagogia da exclusão” presente nesta instituição nas relações com os internados. Neste estudo o autor concluiu que aos loucos internados aplica-se o conceito de exclusão social descrito por Goffman (1974) porém, de uma forma peculiar, uma vez que essa “exclusão” acontece na medida em que ele é “incluído” no hospital psiquiátrico.

Não sendo o objetivo deste trabalho uma ampla revisão sobre o tema da internação psiquiátrica, nos apoiaremos no estudo de Birman e Serra (1988) denominado *Os descaminhos da subjetividade*, para discuti-lo, uma vez que esses autores analisam o hospital psiquiátrico a partir de uma realidade empírica brasileira. A sujeição que a instituição psiquiátrica impõe ao internado é um fato amplamente reconhecido e aparece na introdução da obra, quando os autores indagam: “*Como se destitui a subjetividade do internado pela estratégia institucional?*” Essa indagação é o que move a pesquisa realizada, que se propõe a apresentar as estratégias e as práticas institucionais que atuam no processo de “destituição da subjetividade pré-asilar” e que tem como efeito privilegiado “a constituição de uma individualidade particular, ativamente produzida, cujo resultado é o *personagem do doente mental*”. (Birman et al, 1988 p.11)

Para que o personagem “doente mental” seja construído no hospital psiquiátrico há necessidade de procedimentos ritualizados: a admissão, a consulta médica, a participação em festas comemorativas, a submissão às rotinas de alimentação e higiene, dentre outros. Os procedimentos de exclusão que vão produzir uma mudança na identidade social do indivíduo que se interna no hospital psiquiátrico merecem toda a atenção da equipe técnica; os espaços devem ser controlados, os horários cumpridos, os procedimentos mantidos, enfim, a implantação e manutenção de uma pedagogia que tem por objetivo a construção de um corpo disciplinado. A esse respeito, os autores afirmam que há uma

demanda para que o paciente participe ativamente na disciplina de seu corpo e de sua individualidade, que incorpore como razoável as sugestões da equipe. Por intermédio da palavra pedagógica ele deve se convencer da

justeza do pedido, assim como do código de valores apresentado, auto-controlando sua individualidade desregulada. Para que a disciplina seja incorporada com maior eficácia, o paciente é requisitado a participar no seu adestramento, para que se transforme num tempo mais rápido em auto-disciplina. Quando o internado não se adequa a este nível disciplinar, se opondo à sua realização de alguma maneira, ele é despossuído dessa parcela de atividade que lhe fora restituída e lançado novamente na passividade. O sujeito desaparece, se reimpondo a instância corporal na sua brutalidade, para que o indivíduo possa ser domado pela vontade asilar e poder, num outro momento, assumir esse aprendizado. Evidentemente, este deslocamento se legitima sempre, na representação dos agentes sociais implicados, pela mediação do discurso médico. (Birman et al, 1988, p.186)

Nos relatos das internações de Orestes, desde julho de 1984, não haviam observações sobre “agitação” ou “agressividade” até o momento em que, no dia 09 de dezembro de 1985, tendo permanecido no hospital psiquiátrico Adauto Botelho por um mês após a alta, apresentou “agitação psicomotora”.

Baseando-nos em estudos sobre as condições de sujeição da identidade típicas de internações em hospital psiquiátrico, brevemente mencionadas acima, poderíamos talvez afirmar que a recusa de Orestes em se submeter passivamente à condição de excluído familiar e social, que a instituição lhe impunha naquele momento, foi traduzida pelo discurso médico como “agitação” e foi, em seguida, contida de forma brutal pela mesma instituição para que fosse possível a construção de seu personagem - doente mental.

A desagregação familiar sofrida por Orestes, o abandono do pai, a mudança do sítio para a capital, a dificuldade de autodeterminar-se enquanto pessoa adulta “normal”, fatores que, como causa ou conseqüência, estavam relacionados à condição de sofrimento mental vivenciada por ele, foram negligenciados por este modelo. Enquanto se apresentava assim, Orestes não pertencia aos códigos do Modelo Tecnológico Psiquiátrico de Cuiabá mas, no momento em que apresentava “heteroagressividade”, todo esse sofrimento podia ser acolhido pelo modelo e, conseqüentemente, reduzido à um único “sintoma” que era então facilmente

abordado - medicado. Uma vez identificado o código de enquadramento - a agitação, a agressividade - todo o modelo se organizou para atendê-lo.

Orestes sendo "doente mental", apresentou "agitação" e "agressividade", sintomas característicos de "doença mental". A respeito da legitimação que a instituição psiquiátrica opera socialmente sobre o comportamento dos loucos existem inúmeros exemplos. Birman et al (1988 p.159) apresentam a

Sra. T. R. internada contra a sua vontade, manifestando sua oposição pelo choro. Este foi considerado como sintoma de sua enfermidade, pela falha de sua razão em não reconhecer os sinais de sua loucura. Por isso mesmo foi medicada, iniciando-se imediatamente a sua terapêutica.

Assim, a recusa do internado em se submeter à ordem institucional, muitas vezes humilhante, segregadora e violenta passa a ser uma expressão de "sua doença", de sua falta de razão e de disciplina, como no caso de Orestes.

Foucault (1988, p.15), ao analisar as relações de poder na sociedade, afirma que

o poder só se exerce sobre "sujeitos livres", enquanto "livres" - entendendo-se por isso sujeitos individuais ou coletivos que têm diante de si um campo de possibilidades onde diversas condutas, diversas reações e diversos modos de comportamento podem acontecer.

Poderíamos talvez compreender a "reação agressiva" de Orestes como uma reação ou, a única reação possível à um poder institucional que o subjugava e assim, a própria loucura - enquanto agressividade - poderia ser entendida como o exercício possível de sua liberdade. Liberdade esta que, conforme afirma este autor, constitui-se na possibilidade de "escapar" que, em última instância, é o que assegura o exercício do poder.

A respeito do comportamento "indisciplinado" de Orestes, recorreremos novamente à Birman et al (1988 p.161) que, ao analisar as brigas no hospital psiquiátrico, consideram que elas são uma possibilidade presente em qualquer relação inter-humana. Entretanto, no hospital psiquiátrico elas são sinônimo de "desordem". "O significado do confronto das subjetividades que origina a briga, é

esquecido, silenciado, pois o sujeito deve ser esquecido.” E, mais adiante (p.162) afirmam:

Assim, o controle da indisciplina vai se realizar no plano do corpo, recebendo aí, de forma direta, a sua legitimação médica. No final do processo de desarticulação simbólica, resta um único sujeito e um único código de simbolização do corpo: a equipe institucional e o registro anátomo-funcional da Medicina.

Tendo se empenhado na desconstrução do sujeito e na construção do personagem “doente mental”, o hospital psiquiátrico localizou no corpo de Orestes a instância para intervenção e lançou mão, para intervir, de elementos tradicionais da clínica - medicação sedativa - e outros, questionáveis na prática médica - o “eletrochoque”. Como a sinalizar que o alcance do objetivo final - o controle da desordem, a imposição da disciplina - justifica a utilização de qualquer instrumento. Portanto, o discurso clínico permite a descrição e o enquadramento de algo que pertence a outras relações, a outros domínios, mas que o modelo tecnológico psiquiátrico não comporta.

Quando Orestes internou-se pela 9^a. vez em 18 meses, o psiquiatra que o atendeu registrou:

Reinternação. Simplesmente não tomou medicamentos prescritos e adoeceu. Quebrava objetos em casa de modo descontrolado.

Neste relato, coloca-se de forma bastante peculiar a relação entre “doença”, “quebrar objetos de modo descontrolado” e “medicamentos”.

Tendo reduzido a complexidade das dificuldades sociais, familiares e afetivas de Orestes a um sintoma, bastava para que ele fosse controlado (o sintoma), que fossem obedecidas as prescrições do modelo, mas isso não acontecia. A desobediência talvez fosse devido à impossibilidade desse modelo clínico, fragmentário e parcial, responder à um problema que se colocava fora de seus domínios. Entretanto, esse modelo só previa duas possibilidades: obedecer e assim resolver a “doença” de Orestes que era “quebrar objetos em casa de modo descontrolado” - provavelmente através de sedação contínua - ou, desobedecer e

permanecer infringindo as regras de convívio social. A doença aqui atendida é, portanto, desrespeitar as regras de convívio social e, podemos inferir, o tratamento seria a incorporação por este indivíduo das regras sociais, nada mais do que "tornar-se disciplinado".

Três dias depois o mesmo médico anotava:

Mais um caso social, o paciente alem de parar com os remédios tem um relacionamento ruim com o pai, que é alcoólatra e agressivo. ... De alta médica.

O psiquiatra, ao mesmo tempo que admite os desdobramentos sociais do "sintoma" - desrespeito às normas sociais, os reduz à uma necessidade de medicação ou, na impossibilidade de abarcá-los na sua complexidade, dá alta, provavelmente para vê-lo retornar dentro de poucos dias.

Nessa mesma internação, a assistente social, que já havia registrado em uma internação anterior a dificuldade de contato com o pai de Orestes, após a alta médica registrou:

Efetuari visita domiciliar, tentarei convencê-lo [ao pai] a se internar pois ele é alcoólatra e precisa mais de tratar do que seu filho.

Parece que há aqui um reconhecimento da insuficiência do modelo, entretanto, a impossibilidade de novas abordagens condiciona a interná-lo... e "devolvê-lo" ao pai... Como se fosse realmente um "objeto" nesse processo.

Consideramos que alguns elementos do Modelo Tecnológico Psiquiátrico de Cuiabá podem ser identificados nos dados da assistência psiquiátrica de Orestes apresentada nesse estudo. Nesse período, o elemento mais central da tecnologia psiquiátrica foi a sua característica asilar. Compreendemos por essa denominação uma assistência que se pautava principalmente pela internação em uma instituição que havia incorporado apenas parcialmente os princípios da Tecnologia Pineliana discutida no Capítulo 1 - Parte II deste estudo.

Ao referir-se às características dessa tecnologia, também denominada Tratamento Moral, Castel (1978) destaca o isolamento do internado do mundo exterior, a aplicação de uma pedagogia disciplinar com o objetivo de reprogramar o comportamento humano "doente/louco" e a aplicação, para esta reprogramação, do

princípio da autoridade que emanava do médico e que deveria oferecer as bases para o futuro comportamento do internado.

Como observamos nos relatos da assistência psiquiátrica vivenciada por Orestes, o princípio do isolamento manteve-se bastante presente e a pedagogia disciplinar, embora não evidenciasse uma rotina “panóptica” de controle rigoroso das atividades para a utilização da instituição como um “laboratório para a produção de corpos dóceis”, foi evidenciada enquanto controle geral do comportamento e aplicação de mecanismos punitivos. A figura central de autoridade do médico também se evidenciou nos aspectos que centralizavam a assistência, porém não observamos evidências no que se refere à utilização de sua autoridade no processo de “reprogramação” do comportamento do louco/doente.

Houve, como característica marcante de todo o processo de assistência neste modelo, uma ênfase na medicalização dos problemas de Orestes; problemas que, por se relacionarem à outra ordem de significado - social - muitas vezes não podiam ser abordados pela “clínica” ou pelo “modelo médico”. Essa medicalização foi observada na constatação de que a quase totalidade das ações terapêuticas do atendimento de Orestes se relacionavam à internação, medicação e eletroconvulsoterapia e ainda no fato de que, mesmo quando identificado algum “problema social”, essa identificação tinha como modelo teórico explicativo subjacente, a clínica, visto que o mesmo era percebido como um componente do processo individual da “doença mental” de Orestes havendo, conseqüentemente, a impossibilidade de uma terapêutica que respondesse à essa ordem de problema.

Esse modelo mantinha, portanto, coerência com os princípios da tecnologia psiquiátrica difundida no Brasil desde o século passado até aproximadamente a década de 50, quando o objetivo central era exclusão/confinamento, sem preocupação com a recuperação do “material excluído”. Entretanto, ao utilizar-se de medicamentos psicotrópicos (que somente foram introduzidos no arsenal terapêutico médico-psiquiátrico ao final da década de 50), “avançava” em um dos aspectos da clínica ou do modelo médico e, talvez com isso, mascarava a insuficiência dessa abordagem. Talvez possamos admitir que, a partir

dessas observações, a utilização restrita do termo “tecnologia” (enquanto recurso “inovador” e, conseqüentemente “bom”) evidencia o seu caráter ideológico na manutenção de interesses específicos, conforme analisado por Mendes Gonçalves (1994) e discutido na metodologia desse estudo.

Amarante (1995, p.127) ao abordar a importância e influência da indústria farmacêutica na organização assistencial psiquiátrica e, principalmente entre os médicos, afirma que

a Associação Brasileira de Psiquiatria é, por assim dizer, o braço social da Indústria Farmacêutica, que dá legitimidade aos produtos farmacêuticos e divulga a ideologia do medicamento como o recurso fundamental, senão único, no tratamento das enfermidades mentais.

Ao observarmos essa correlação de aspectos do Modelo Tecnológico Psiquiátrico evidenciados na assistência de Orestes em Cuiabá, na década de 80, com elementos marcantes da tecnologia psiquiátrica brasileira de várias décadas anteriores, destacamos a possibilidade de tal fato se relacionar à condição geográfica e política “periférica” do Estado de Mato Grosso no contexto nacional. A respeito desse “atraso” das tecnologias psiquiátricas observadas em Cuiabá, retornaremos no Capítulo 3.

Durante três anos submetido à tratamentos psiquiátricos que provocaram o seu aniquilamento como sujeito, à normas disciplinares que sinalizaram durante todo esse tempo a sua inadequação para o convívio social, excluído freqüentemente e durante longos períodos de tempo numa instituição asilar, Orestes era, ao final deste tempo, “louco diplomado”. Sua família, a comunidade de sua cidade natal, enfim as pessoas de seu convívio social, o identificavam agora como “o louco”. Ele não era mais Orestes, filho do Sr. João e D. Amália, lavrador, motorista. Era o rapaz que havia sido internado várias vezes no Hospital Adauto Botelho porque “não era certo da cabeça”. Conseqüentemente, seu comportamento a partir daí correspondeu ao “script” de louco, papel que lhe restou na sociedade. Prosseguiremos no relato de sua história de vida a fim de compreendermos como se deu sua “carreira” de louco ou, como Orestes sobreviveu à morte social que lhe havia sido imposta.

2.4 - ORESTES E A TECNOLOGIA PSIQUIÁTRICA SEGUEM SEUS RESPECTIVOS “SCRIPTS”

Decorridos três anos da “história da loucura” de Orestes ou, após três anos de construção do “personagem” - Orestes doente mental, ele já havia sido internado onze vezes no Hospital Aduino Botelho.

Após a décima primeira internação ele não tinha mais casa para retornar quando saía do hospital, só tinha contatos esporádicos com o seu pai, Sr. João, que nessa época morava sozinho em Cuiabá. Este também não tinha residência fixa, vivia de favores em casa de amigos e às vezes ficava morando na rua, vivendo como mendigo; bebia exageradamente, não tinha mais trabalho, não se preocupava com os filhos e nem consigo mesmo, segundo informou Walter.

Ao sair do hospital pela décima primeira vez Orestes foi para a casa de uma conhecida da família, no interior, em sua cidade natal, onde permaneceu por aproximadamente quatro meses.

Sendo “reconhecidamente louco”, fato constatado por comportamentos do tipo “jogar pedra em carros”, “quebrar as coisas em casa” e “rasgar as roupas”, todos amplamente observados e divulgados anteriormente na cidade e, pelas freqüentes internações em hospital psiquiátrico, seguiu portanto o “script” correspondente: vivia de favor na casa de pessoas conhecidas, comia o que lhe davam, vestia o que lhe ofereciam, além de não trabalhar regularmente nem tampouco se preocupar com isso.

Decorrido algum tempo, deixou de se comportar como “louco manso” e passou a apresentar novamente alterações de comportamento que foram classificadas como atentado ao pudor.

Em novembro do mesmo ano foi novamente internado no Hospital Aduino Botelho sendo esta, portanto, sua 12ª internação. Segundo o agente policial que o trouxe, foi internado “*com ordem do Juiz de Direito do Fórum de*”. Orestes encontrava-se detido na delegacia daquela cidade porque estava “*tirando a roupa na rua e andando pelado durante a noite*”.

Orestes foi assim readmitido no Hospital Aduato Botelho no dia 06 de novembro de 1987 porque o médico o considerou *“heteroagressivo em crise de agitação psicomotora”*.

Ao relatar a internação de Orestes, “trazido pela P. Civil com ordem do Juiz de Direito do Fórum de ...” o psiquiatra que o atendeu não destacou ou questionou esse “constrangimento”, pelo contrário, aceitou o encaminhamento para “tratamento médico” feito por um “Juiz de Direito”.

É reconhecido e já foi discutido no início desse trabalho as relações da tecnologia psiquiátrica com os mecanismos de controle social, estatais ou morais. Entretanto, essas relações foram mais claramente reconhecidas no final do século passado e início deste, no “alienismo” que pressupunha a “higiene social” e embasava-se teoricamente na Teoria da Degenerescência sendo, a partir de então, muita vezes percebidas mas não tão abertamente admitidas pelos representantes da Clínica.

O saber clínico-psiquiátrico que tantos esforços despendeu nas últimas décadas para se provar científico e médico foi, neste caso, submetido à regras e domínios estranhos.

Parece que, no final da década de 80, em Cuiabá, as relações da Psiquiatria com a manutenção da ordem pública eram ainda admitidas sem questionamento. Orestes não tinha sido julgado por nenhum delito, nem tampouco considerado inimputável perante a lei; entretanto, o Juiz determinou a sua internação. Fato estranho? Ou lógico? Estaria de acordo com a lógica do modelo tecnológico psiquiátrico de, no seu limite, pretender encarregar-se da manutenção da ordem e da disciplina social?

Castel (1978), como já foi mencionado neste trabalho, ao analisar o surgimento do saber psiquiátrico na Europa no século XVIII, afirmou que ele se ocupava mais de marcar com o selo médico práticas e técnicas disciplinares do que explorar clinicamente, baseado na medicina “científica”, o que selava como “doença mental”.

Ao atender Orestes, em Cuiabá, no ano de 1.987, portanto dois séculos após a demarcação do estudo citado acima, observamos também no modelo

tecnológico psiquiátrico aqui estudado, uma ênfase na tentativa de impor uma disciplina a um indivíduo que se apresentava socialmente desajustado, em detrimento de uma avaliação clínica, “científica”, de acordo com os padrões de “cientificidade” adotados para legitimar esse modelo. Aqui também, assim como nos primórdios do saber psiquiátrico, portanto, a utilização da clínica parece ser mais no sentido de justificar a prática disciplinar do que o conhecimento, explicação e tratamento de uma condição mórbida no sujeito.

Durante a internação, chama a atenção nos registros do prontuário a observação de uma assistente social que conhecia a história familiar de Orestes. Decorridos quatro dias da admissão ela anotou:

Orestes disse ter vindo passar uns dias mas não soube dizer a razão e nada mais falou, ficou só olhando-me.

Essa descrição nos permite intuir o grau de perplexidade de Orestes, enquanto sujeito, perante a sua existência. Permite avaliar o quanto o discurso clínico ficou vazio de sentido na explicação da “doença mental” de Orestes para ele mesmo. Permite, enfim, observar o quanto este Modelo Tecnológico Psiquiátrico era destituído de significado ao tentar restituir a razão á Orestes.

Decorridos 13 dias após a admissão, saiu de alta sozinho, sem que haja registro no prontuário de nenhum contato do hospital com a família.

À essa época Walter já havia fixado residência em Cuiabá e, na ausência de outra alternativa, Orestes passou a “ficar” em sua casa.

A partir daí Walter assumiu o cuidado de Orestes. Referindo-se à isto na primeira entrevista que tivemos, ele disse: *“eu sofro com meu irmão que tem problema mental há muitos anos...”*

O Sr. João não era mais referência para os filhos, “vivia largado pelas ruas só bebendo” e os irmãos que até então tinham dificuldades para se sustentarem sozinhos, foram “distribuídos” entre os demais, numa acomodação informal, determinada pelos acontecimentos. Orestes ficou aos cuidados de Walter e as duas irmãs deficientes ficaram aos cuidados de outros irmãos.

Referindo-se ao início da convivência com seu irmão, Walter diz que já sabia que seria *“assim mesmo porque ele sempre foi assim... eu não sei... diz que é*

doença... acho que é de família né, porque tem as minhas irmãs também... Eu só sei que ele nunca fez nada. Ele só faz o que ele quer, o dia que ele não quer nem levantar da cama, ele não levanta. Nunca trabalhou, eu é que sustento e ele não gosta de mim..."

Aproximadamente 7 meses após ter saído de alta e estar morando com Walter, Orestes voltou a ser internado no Hospital Adauto Botelho no dia 05 de junho de 1988. Walter levou-o ao hospital e informou que Orestes estava "agressivo, agitado e fugindo de casa". Enfatizando sempre o fato do irmão ser um "peso" a mais sob a sua responsabilidade, principalmente no aspecto financeiro, Walter diz, entretanto, "não se incomodar com isso" desde o princípio, mas relaciona-se em casa como se Orestes não existisse ali.

Esta foi a décima terceira internação de Orestes e, pela primeira vez, houve um relato médico baseado na observação e entrevista com o paciente, destacando um dado psicopatológico que não era relacionado à agressividade. O relato da admissão médica foi:

Reintimação. Pacte. relata que há vários dias vem ouvindo vozes à noite que o atormentam e o impedem de dormir. Em razão disso não consegue ficar em casa e passa a noite fora.

Parece que pela primeira vez a voz de Orestes foi ouvida, o que foi visto e ouvido pelo médico é que foi valorizado, e não o que o acompanhante informou. A audição de vozes que o atormentavam àquela época e que, segundo Orestes informa atualmente o acompanham "desde os três anos de idade" foi mais importante do que a agressividade decorrente dela e relatada pelo irmão.

Esta observação indica uma preocupação com a avaliação do paciente pautada pelos pressupostos da clínica, que até esse momento, decorridos quatro anos de atendimento, não havia sido considerada. A realidade do doente, do seu corpo que se oferece ao conhecimento médico, visual e observável, havia sido até aqui negligenciada pelo Modelo Tecnológico Psiquiátrico de Cuiabá, em detrimento de uma informação secundária, oriunda do contexto social do paciente.

Esse fato, observado pela primeira vez no atendimento de Orestes, fica ainda mais destacado dos demais relatos quando observamos que o médico que o fez não era do quadro regular de psiquiatras daquela instituição.

O Hospital Aduino Botelho era, nessa época, uma instituição com características asilares, um "depósito de loucos", semelhante à muitos outros hospitais psiquiátricos públicos brasileiros que haviam historicamente se encarregado de acolher loucos, deficientes físicos e mentais, delinqüentes, alcoolistas, enfim, toda uma classe de pessoas excluídas do processo de produção, como já foi abordado no início deste trabalho, ao analisarmos o surgimento da psiquiatria e suas instituições no Brasil. Conseqüentemente, o atendimento dispensado pelos técnicos dessa instituição aos internados parece refletir essa situação: não havia necessidade de empenho no sentido de fazer a clínica predominar no atendimento, uma vez que a instituição pressupunha somente o abrigo, o asilo, o acolhimento que, como enfatizou Foucault (1991), determinava igualmente, a medida da exclusão. Assim, houve a necessidade de um atendimento estranho à rotina dessa instituição para que fosse observado uma preocupação com a clínica.

O conhecimento clínico - objetivo, científico, visual e mensurável - que definiu e justificou a constituição do saber psiquiátrico na aurora do pensamento científico moderno foi finalmente observado no Modelo Tecnológico Psiquiátrico que atendia Orestes. Um vestígio da tecnologia pineliana, que no século XVIII superou o asilo, conforme já descrito nesse trabalho, foi enfim visualizado neste Modelo de Intervenção.

Essa abordagem clínica observada pela primeira vez na história dos atendimentos psiquiátricos de Orestes, ainda numa instituição do tipo asilar, parece simbolizar a introdução de novos referenciais para a tecnologia psiquiátrica cuiabana, na medida em que estava em curso, em todo o País, um movimento de questionamento da prática e das instituições psiquiátricas tradicionais, que foi denominado Reforma Psiquiátrica. Esse movimento, que será descrito a seguir, aconteceu porém, em Cuiabá, de uma forma bastante peculiar, num aparente descompasso com o contexto nacional, conforme procuraremos demonstrar.

3 - O MODELO TECNOLÓGICO PSIQUIÁTRICO DE CUIABÁ SE REORGANIZA

3.1 - SURGE UM "NOVO" HOSPITAL PSIQUIÁTRICO EM CUIABÁ

Em 1989 foi inaugurado o primeiro hospital psiquiátrico privado de grande porte em Cuiabá. Inicialmente com capacidade para 150 pacientes, no primeiro ano de funcionamento foi ampliado e mais tarde chegou a ter capacidade para 500 pacientes, dos quais 483, eram contratados pelo SUS, conforme consta de Ofício assinado pelo Diretor do referido hospital e encaminhado à Secretaria de Estado da Saúde em 25 de Outubro de 1.993.

Ao ser inaugurado, o Instituto de Neuropsiquiatria de Cuiabá representava o "hospital novo", em oposição ao "antigo asilo" existente - Hospital Aduino Botelho.

O Hospital Aduino Botelho, na cidade de Cuiabá e em todo o Estado, era sinônimo de loucura, abandono, local estigmatizado como sendo "depósito de loucos, incapazes e desvalidos". À sua história havia se incorporado as histórias das crianças portadoras de deficiência física ou mental que haviam sido ali abandonadas desde a sua fundação, de "loucos" folclóricos da comunidade cuiabana que foram lá igualmente abandonados (Zé Bolo-frô, Maria da Praça, etc) e inúmeras outras histórias de abandono e loucura que construíram ao longo dos anos a chancela: "Aduino Botelho é local de louco".

Associado à isto, havia a constatação visual de que este hospital era um local de abandono, haja visto que o prédio não recebia nenhuma manutenção em sua estrutura física há vários anos, o aspecto era sombrio, lúgubre; as condições de higiene eram péssimas, às vezes os pacientes eram obrigados a usar o chão do pátio como vaso sanitário, e o banho era dado também no pátio, com "mangueira de jardim", devido à ausência de banheiro nas enfermarias.

O Estado de Mato Grosso sofria as conseqüências de um intenso fluxo migratório e Cuiabá, sendo a capital deste Estado recebia uma intensa demanda por serviços de saúde, tanto da própria cidade como do interior. Esse processo

migratório, sendo resultado de uma política “desenvolvimentista” adotada desde aproximadamente uma década antes, pelo governo federal, trazia consigo uma exigência por “modernização” em todas as áreas. Conseqüentemente, não se admitia mais que a assistência psiquiátrica (mesmo sendo historicamente marginalizada na organização dos serviços de saúde) fosse responsabilidade deste único hospital, tão visivelmente sucateado.

Assim, um grupo empresarial já tradicional no setor de hospitais psiquiátricos, procedente do sul do país, instalou-se em Cuiabá, aproveitando-se das “condições favoráveis” oferecidas pela sociedade cuiabana e mato-grossense. Denominamos “condições favoráveis” os fatos descritos acima relacionados ao contexto econômico-social da cidade e do Estado e a aparente necessidade de um novo hospital psiquiátrico em vista da relação N.º de leitos psiquiátricos/ habitantes ser das mais baixas³ quando comparadas com o restante do País; e, do Hospital Aduino Botelho encontrar-se tão visivelmente obsoleto.

Ele foi construído distando aproximadamente vinte quilômetros do centro da cidade, em local não servido por transporte coletivo urbano, e inaugurado no segundo semestre de 1.989 com capacidade para 150 pacientes. A sua construção inicial já previa uma ampliação, o que efetivamente ocorreu aproximadamente um ano depois, quando atingiu a capacidade de atender 500 pacientes.

Situado às margens da rodovia que liga a cidade ao sul do Estado e do País, o seu prédio novo “reluzia” quando inaugurado. Profissionais e familiares habituados à assistência psiquiátrica do Hospital Aduino Botelho se deparavam com uma estrutura física que era oposta à ele em todos os aspectos. Visivelmente diferente, “bonito”, “novo” e “organizado”, destacava-se de forma aparentemente muito positiva, em relação ao hospital público.

Podemos, contudo, iniciar pela sua denominação de Instituto de “Neuropsiquiatria”, a discussão do que havia de fato de “novo” neste modelo, além da estrutura física. Há na denominação “neuropsiquiatria” um convite à confusão e

ao engodo, uma vez que assim denominado, supõe-se um atendimento “neurológico” isolado ou associado à “psiquiatria”, entretanto, este hospital não contava com um “serviço de neurologia”, não dispunha de profissionais nem tampouco equipamentos para essa assistência especializada, o que se mantém até hoje.

Uma outra possibilidade de interpretação para esta denominação “neuropsiquiatria”, poderia referir-se à uma tendência presente na psiquiatria organicista do final do século XIX e início deste, que tentava demarcar organicamente os problemas mentais ou psiquiátricos. Vista desse modo, segundo Oliveira (1996, p.57), a Psiquiatria seria o setor atrasado da Medicina, uma vez que, tentando situar no Sistema Nervoso Central a origem das doenças mentais, não consegue entretanto essa demonstração de modo satisfatório, e se mantém “com o tradicional argumento positivista de que no estado atual dos nossos conhecimentos, é ainda impossível identificá-los”.

Se compreendermos a denominação “Instituto de Neuropsiquiatria” por esse segundo argumento, resta-nos perguntar em que esse modelo era “novo”, uma vez que o mesmo autor citado argumenta que, ao assumir essa tendência, a Psiquiatria sucumbiria um dia, enquanto disciplina autônoma, à Neurologia, da qual seria até isso acontecer, um sub-ramo.

Concordamos entretanto com Oliveira (1996, p.58), quando afirma que essa denominação, nos últimos anos, serve, “na prática, apenas como um eufemismo para facilitar o recurso às estigmatizadas consulta e internação psiquiátrica”; portanto um engodo.

Este hospital manteve, desde a sua inauguração até o ano de 1993, como rotina de atendimento para todos os pacientes, a prescrição de uma internação de no mínimo 30 dias, sendo que os internados, não importando a natureza de sua “doença mental” (psicose, neurose, alcoolismo, ou outra), estavam impedidos de receber visitas de familiares nos primeiros 15 dias. Adotava, portanto, um modelo hermeticamente fechado de atendimento, quando ocorria no mundo e no Brasil já há

³ Mesmo após a incorporação do Instituto de Neuropsiquiatria de Cuiabá, essa relação era de 0,29, e pode ser considerada baixa quando comparada à média nacional que é de 0,59, segundo o Plano de Trabalho da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde - Ano 1.994.

alguns anos, um movimento de crítica e de redefinição deste modelo, como apresentaremos sucintamente a seguir, baseando-nos no trabalho organizado por Amarante (1995) e intitulado "*Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*".

Amarante (1995) analisando a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil, situa em 1978 o surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), o "ator e sujeito político fundamental" dessa reforma.

Em 1979 o MTSM realiza o I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental onde se destaca a discussão dos "aspectos relacionados ao modelo de atenção psiquiátrica" e se "solidifica a crítica do modelo asilar dos grandes hospitais psiquiátricos públicos, como reduto dos marginalizados". O MTSM caracteriza-se por ser múltiplo, plural e não institucionalizado, sendo o primeiro movimento em saúde com participação popular. (Amarante, 1995, p. 62)

Fazendo uma retrospectiva dos acontecimentos políticos que antecederam o movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, Amarante (1995, p.67) afirma que a política privatizante da Previdência Social na década de 70,

termina por produzir excesso de atos de assistência médica, sejam corretos e necessários, sejam desnecessários ou fraudes e abusos de toda sorte, que ocasionam déficit nos cofres da Previdência Social e que obriga a se pensar em soluções de saneamento financeiro, melhor utilização da rede pública e modernização das unidades e dos mecanismos de planejamento e administração.

A co-gestão, convênio interministerial inaugurado no início dos anos 80 entre o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Ministério da Saúde, prevê que o primeiro "passe a participar da administração global do projeto institucional da unidade co-gerida", criando-se assim a possibilidade de

implantação de uma política de saúde que tem como bases o próprio sistema público de prestação de serviços, a cooperação interinstitucional, a descentralização e a regionalização, que são propostas defendidas pelos movimentos da reforma sanitária e psiquiátrica. (Amarante, 1995, p.69)

O MTSM, instalado no aparelho de Estado a partir dos anos 80, em substituição à antigas lideranças políticas e administrativas, opera mudanças significativas, uma vez que se encarrega de

elaborar novas propostas, produzir e reproduzir novas idéias, formar novos militantes, enfim, que operaram a substituição de uma prática psiquiátrica conservadora ou voltada para interesses privados para uma ação política de transformação da psiquiatria enquanto prática social.
(Amarante, 1995, p. 78)

Decorrente dessas novas articulações políticas, aconteceram Encontros Regionais de Coordenadores de Saúde Mental, com o objetivo de que estes discutissem e revissem suas práticas e que se criassem e fortalecessem mecanismos de cooperação mútua para o enfrentamento do setor hospitalar privado. Essas articulações culminaram com a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, em junho de 1987, onde se observou que as forças de resistência ao projeto do MTSM ainda estavam bastante vigorosas. (Amarante, 1995)

Esta Conferência, organizada pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e a Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsam) do Ministério da Saúde, deveria se pautar, na ótica do MTSM, pelas decisões emanadas da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que previa como desdobramento a realização de conferências por temas específicos e, dentre eles, a saúde mental, deixando portanto, de ser um mero encontro de técnicos e burocratas, para permitir uma ampla participação popular. Entretanto a ABP e a Dinsam procuraram organizar um evento de caráter congressual, de encontro científico para profissionais de saúde mental. Como resultado desses diferentes objetivos, a instalação da I Conferência Nacional de Saúde Mental se deu em clima de embate entre os três segmentos envolvidos, porém, o MTSM conseguiu reverter o regimento, o estatuto e o pré-relatório final propostos previamente pela ABP e Dinsam e o relatório final da Conferência apresentou avanços "tanto no que diz respeito à saúde e à saúde mental quanto no que se refere aos problemas políticos, econômicos e sociais". (Amarante, 1995 p.80)

Observa-se, nestas rápidas referências sobre os primeiros passos do Movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, uma tendência importante

relacionada à necessidade de conter o setor hospitalar privado e suas fortes organizações corporativas que impunham o modelo assistencial vigente. Uma outra tendência era a de denunciar os hospitais psiquiátricos públicos como local de abandono de marginalizados sociais.

Em Mato Grosso, não havia setor hospitalar privado a ser combatido até o final da década de 80 e a assistência psiquiátrica desenvolvida no hospital público ou fora dele, nas ações do Programa de Saúde Mental, se situavam periféricamente nas discussões das políticas de saúde, conforme se depreende dos Relatórios da Secretaria de Estado da Saúde deste período, consultados nesta pesquisa.

Conseqüentemente, as discussões que ocorriam nas regiões sul, sudeste e nordeste do País, relacionadas à crítica do modelo assistencial psiquiátrico, não encontravam quase nenhuma ressonância em Cuiabá, seja pelo fato da inexistência do setor privado, seja pela pouca articulação corporativa e política dos técnicos envolvidos na assistência psiquiátrica. Talvez o número excessivamente reduzido desses técnicos no Estado responda parcialmente à essa falta de articulação.

Enquanto em outras regiões brasileiras a década de 80 foi rica em movimentos de articulação dos trabalhadores pela redemocratização do País e de suas instituições e, na área da saúde mental, os trabalhadores analisavam criticamente o seu papel de agentes políticos representantes de uma tecnologia segregadora e excludente, em Mato Grosso, devido à sua situação peculiar no processo de desenvolvimento político-econômico, isso não acontecia ou, não acontecia de modo marcante.

O Instituto de Neuropsiquiatria de Cuiabá foi incorporado à rede pública de atendimento psiquiátrico de Cuiabá a partir do dia 22 de Outubro de 1.990, conforme Processo n.º 00472/90 da Secretaria de Estado da Saúde/MT. Há registros esparsos sobre a tramitação desse processo nas atas das reuniões do Conselho Estadual de Saúde (CES) em junho de 1990, quando o Presidente deste Conselho afirmava inclusive que "o proprietário desse hospital citado no processo, é muito bem relacionado com o Ministro da Saúde". Entretanto, não identificamos nessas atas

nenhum parecer formal sobre o credenciamento desse hospital na rede pública de atendimento. O Extrato de Convênio entre a Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso e o Instituto de Neuropsiquiatria de Cuiabá foi publicado no Diário Oficial do Estado de Mato Grosso do dia 29 de Outubro de 1.990, após obter do Secretário de Estado da Saúde, "ad referendum" do Conselho Estadual de Saúde, parecer favorável ao credenciamento.

Ao analisarmos cronologicamente os dados documentais relacionados às instituições psiquiátricas de Mato Grosso dois fatos chamaram a nossa atenção: esse credenciamento que não constava de atas ou documentos do Conselho Estadual de Saúde, instância decisória a esse respeito, publicado em 29 de Outubro e o registro em ata do pronunciamento de um representante da Associação Matogrossense de Psiquiatria neste Conselho em 06 de Novembro do mesmo ano, chamando a atenção dos conselheiros para a necessidade de dinamização da assistência psiquiátrica no Hospital Adauto Botelho.

Há na seqüência cronológica desses fatos, indícios de uma articulação política entre representantes da Secretaria Estadual de Saúde e do Ministério da Saúde no sentido de garantir o credenciamento do Instituto de Neuropsiquiatria de Cuiabá e, talvez, o esboço de uma reação dos psiquiatras a este fato, com a tentativa de rearticulação em torno da assistência psiquiátrica no Hospital Adauto Botelho.

3.2 - O "VELHO" HOSPITAL PSIQUIÁTRICO É FECHADO

No dia 16 de março de 1991, como um dos primeiros atos do governo estadual que tomava posse, o Hospital Adauto Botelho foi fechado para reforma, que só foi realizada no final do período deste governo. Durante um período de quase três anos, toda a população de Cuiabá e de quase todo o Estado de Mato Grosso ficou dependente dos serviços de um hospital privado, para os problemas de saúde mental. Houve, neste período, atendimento ambulatorial em Centros de Saúde da capital, porém, estes não funcionavam de forma contínua e regular no município, nem haviam outras modalidades de atendimento na rede pública.

O Conselho Estadual de Saúde permaneceu desativado nos dois primeiros anos deste governo estadual, após uma reunião no dia 02 de Abril de 1.991, quando discutiu-se o fechamento do Hospital Adauto Botelho. A ata desta reunião evidencia uma ampla maioria de conselheiros se posicionando de modo contrário ao fechamento e fazendo críticas à privatização do setor de assistência psiquiátrica.

A lógica do mercado empresarial passou a definir as regras na área da saúde mental, ou seja, durante o período de 1989 a 1993, diante de um crescimento populacional de aproximadamente 7,5%, o número de leitos psiquiátricos aumentou em 268% em Mato Grosso, todos em hospital privado conveniado, uma vez que o único hospital público encontrava-se fechado ⁴.

Assim, a "Indústria da Loucura" tardiamente se apresentava em Cuiabá, quando em todo o Brasil a tendência era de incorporação dos princípios da Reforma Psiquiátrica e a conseqüente desospitalização. No mesmo período, o número de leitos psiquiátricos na rede do SUS, no Brasil, diminuiu em 10%⁵.

Concluimos, portanto, que a "nova" assistência psiquiátrica implantada em Cuiabá à essa época era, de fato, uma tecnologia já há muito tempo questionada, tanto no que se refere ao arcabouço teórico de sustentação, como nos instrumentos de sua prática segregacionista. As possibilidades de sua implantação, entretanto, foram decorrentes de uma articulação política entre dois níveis de governo - federal e estadual - que se faziam representar por políticos de características centralizadoras e pela imposição, nesses dois níveis, de princípios mercadológicos. Amarante (1995, p.121), ao analisar a participação do setor privado na assistência psiquiátrica afirma que

em fins dos anos 80, a Federação Brasileira dos Hospitais (FBH) torna-se entidade praticamente restrita aos "empresários da loucura". A maioria dos associados e membros da diretoria são proprietários de hospícios,

⁴ Esses dados constam do documento "Reflexões e Propostas relacionadas aos serviços de saúde mental do Município de Cuiabá e do Estado de Mato Grosso", elaborado pelo Núcleo de Estudos em Saúde Mental, que subsidiou a elaboração da Proposta de Política de Saúde Mental para o Município de Cuiabá, aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde em 1.995.

⁵ Dados constantes do Plano de Trabalho - Coordenação de Saúde Mental - Ministério da Saúde - Brasília, Junho de 1.994.

aglutinando a FBH, quase exclusivamente, os segmentos mais arcaicos do empresariado nacional dos mais variados setores e da saúde.

Reconhecendo a história de articulações políticas levadas a efeito em décadas anteriores por representantes dos setores privados da assistência psiquiátrica, e sua influencia na determinação de políticas nacionais de saúde mental, é de se supor que, tal característica associativa descrita por Amarante (1995) tenha influenciado na conformação deste “novo” Modelo Tecnológico Psiquiátrico de Cuiabá.

Após esse breve “parêntesis” para a apresentação e discussão do contexto de assistência psiquiátrica em Cuiabá, retornaremos à história de Orestes e de seu tratamento psiquiátrico no Instituto de Neuropsiquiatria a partir dessa época.

4 - A SOBREVIVÊNCIA DE ORESTES NO MODELO TECNOLÓGICO PSIQUIÁTRICO REORGANIZADO

4.1 - ORESTES É INTERNADO NO “NOVO” HOSPITAL

Walter informou que, tendo assumindo o cuidado de Orestes a partir de 1.987/88, continuou levando-o, quando necessário, ao Hospital Adauto Botelho para tratamento. Entretanto, os relatos do prontuário de Orestes neste hospital encerram-se em 09 de junho de 1.988, quando ele saiu de alta, não sendo encontrado mais nenhum relato de atendimento a partir dessa data. Walter informou também, em entrevista, que por volta de 1.990 levou-o um dia ao Hospital Adauto Botelho porque Orestes estava novamente “alterado” e, de lá, ele foi encaminhado ao Instituto de Neuropsiquiatria de Cuiabá. Walter refere não se recordar de ter recebido algum esclarecimento sobre os motivos desse encaminhamento.

Desde essa época Orestes não retornou para tratamento no Hospital Adauto Botelho porque, diz Walter, *“nós achamos que, depois que ele (o hospital) foi reformado, não atendia mais doentes como o Orestes, que precisam ficar internados muito tempo. E também, sempre que o Orestes saía do “Neuro” eles diziam pra retornar lá quando ele tivesse problema, então a gente passou a levar ele sempre lá...”*

Orestes continuou a seguir o seu “script” de louco: permanecia períodos de até alguns meses bem, *“quer dizer, bem... do jeito dele... sem fazer nada... só fazendo o que ele quer... só conversando com quem e quando quer...”*; segundo Walter.

Não obtivemos, para efeito de análise nesta pesquisa, os dados relativos às internações de Orestes no Instituto de Neuropsiquiatria de Cuiabá no período de 1.990 a 1.995, uma vez que a Diretoria do hospital não os colocou à disposição, alegando que não foi possível a sua localização, em virtude do arquivo do hospital não estar adequadamente organizado.

Sobre este período, obtivemos de Walter, a informação de que seu pai, o Sr. João faleceu no dia 28 de dezembro de 1.991, sendo que a sua morte não significou, para Orestes ou para os outros filhos, uma perda afetiva significativa, visto que eles já haviam ficado efetivamente sem a presença do pai em suas vidas há alguns anos. Informou também que Orestes foi internado várias vezes nesta época, sempre no Instituto de Neuropsiquiatria de Cuiabá e os motivos relatados foram: *“comportamento estranho, deixa de dormir, não se alimenta e não aceita medicação, às vezes sai de casa e anda sem rumo durante vários dias, fica agressivo, quebra coisas em casa..., mas com as pessoas só agride verbalmente, nunca chegou à agressão física”*. Sobre o tempo de permanência no hospital, em cada internação, Walter diz não saber precisar mas que era *“de um até quatro meses mais ou menos”*.

Walter e Dalva informaram que foi sempre muito difícil levar Orestes até o hospital para se internar. Ele nunca concordou com esse procedimento e sempre foi levado à força. Numa das vezes, como Orestes não concordasse com a internação, Walter amarrou-o com corda e levou-o assim ao hospital. Quando obteve alta, Orestes voltou para a casa de seu irmão e foi até o Posto Policial próximo da casa dar queixa desse procedimento “violento” de Walter. Segundo Orestes, os policiais *“só ouviram e não fizeram nada”*.

Compreendendo-se a construção do personagem doente mental levada a efeito no tratamento psiquiátrico de Orestes e já discutida nesse estudo, podemos compreender esse ato de tentar registrar uma queixa policial contra o irmão, como um ato que, vindo desse personagem, só ajuda na sua composição, ou seja, ao tentar exercer um direito de cidadão, Orestes - louco - e, portanto, não cidadão, externaliza um sinal de sua insanidade. Já discutimos nesse trabalho a desqualificação social que a instituição psiquiátrica opera no internado; evidenciamos aqui os tentáculos dessa desqualificação operada pela psiquiatria no contexto extra-hospitalar.

No dia 04 de Julho de 1996 foi internado no Instituto de Neuropsiquiatria de Cuiabá, onde permaneceu por 103 dias. Segundo relato da assistente Social nesta admissão, esta seria a sua 4ª internação neste hospital. Morava então com Walter que o encaminhou ao hospital à força, porque Orestes

havia desaparecido de casa há oito dias. Na admissão, observa-se o relato de um exame médico que privilegia a avaliação psicopatológica:

ansioso, delirante, com idéias messiânicas, sem crítica, afetos mal modulados, humor lábil tendendo à exaltação.

Observa-se, nos relatos de todos os profissionais, uma preocupação em marcar o atendimento com uma avaliação clínica, técnica/científica. Aparece também claramente nos relatos do prontuário a divisão e especificação técnica do trabalho "em equipe", conforme pode-se identificar abaixo, na transcrição do registro dessa admissão. O psiquiatra que admitiu Orestes, após considerá-lo um

doente esquizofrênico crônico em reagudização, com insônia, impulso deambulatório, pensamento e discurso delirante.

decide o "Plano Terapêutico":

Neurolépticos + Acompanhamento Social + Atividades livres na TO + Grupos Terapêuticos na Psicologia.

Ao analisarmos os relatos de todos os profissionais envolvidos na assistência psiquiátrica oferecida à Orestes no Instituto de Neuropsiquiatria, no período de 04 de julho a 10 de outubro de 1.996 (103 dias), destacou-se uma certa "padronização" de anotação, específica de cada profissional, ou seja, evidencia-se que cada profissional da equipe faz um acompanhamento e avaliação próprio, embora intercalado entre eles, mantendo uma periodicidade semanal.

Essa uniformização pode ser observada nas anotações da enfermeira, que mantém um "padrão de anotação" referente à sono, apetite e queixas, sempre sem registro de alterações, sendo quase invariavelmente anotado que o "*paciente segue sem queixas, em REG, sono e apetite OK*". Seguindo uma uniformização semelhante, o psiquiatra relata observações psicopatológicas curtas como "*delirante, idéias de cunho persecutório*", chegando a ter um intervalo de 14 dias entre uma avaliação e outra e mantendo sempre a prescrição de medicação neuroléptica. A psicóloga relatou aspectos relacionados à família, numa seqüência: "*Paciente diz não querer alta, quer permanecer no hospital por brigar muito com a família*"; na semana seguinte: "*diz não querer alta ainda por ter brigado com o irmão*" e, mais adiante: "*...refere mágoa da família*". Enquanto esses relatos da psicóloga eram registrados,

num período de quase um mês, a assistente social intercalava um “padrão de anotação” que incluía a ausência de queixas do paciente, a sua “aparência de estar bem” e a sua atitude “calma”.

Decorridos 38 dias de internação, onde os relatos dos vários profissionais sobre a observação do paciente enfatizavam a falta de crítica, ausência de queixas e comportamento calmo, no dia 12 de agosto de 1.996, sobressai desse “padrão” de anotação e de comportamento(?), a seguinte observação da psicóloga:

Paciente participa do grupo de apoio, parece ter regredido o quadro. Ao contato é agressivo verbalmente. Mantendo conduta inadequada, bom estado geral.

Dois dias após o médico avalia:

Agressivo, paranóide, pouca resposta aos neurolépticos, optei por associar ECT. Aguardo evolução.

Podemos analisar vários aspectos desse atendimento aqui relatado. O primeiro refere-se ao “trabalho em equipe” descrito no “Plano Terapêutico”. Esse “trabalho em equipe” foi determinado pelo psiquiatra ao admitir Orestes; visto assim, poderíamos perguntar como acontece um “trabalho em equipe” que, ao invés de ser proposto, discutido e avaliado pela equipe, é “prescrito” por um dos profissionais da equipe? Colocado dessa maneira, parece-nos que este “trabalho em equipe” é na realidade uma organização do trabalho de modo a sinalizar que a equipe é coadjuvante do trabalho e das decisões do médico.

Ao analisar a prática de enfermagem em um ambulatório para pacientes hipertensos em São Paulo, Car et al (1995) concluiu que, enquanto a finalidade do trabalho médico é a normalização de sua pressão arterial, a finalidade do trabalho de enfermagem é, subordinadamente, garantir a adesão do doente ao tratamento medicamentoso, portanto, o trabalho de enfermagem é o meio ou o instrumento do trabalho médico, esvaziando-se assim enquanto saber técnico, mesmo numa visão positivista, para assumir uma função utilitarista. Guardadas as ressalvas relacionadas à especificidade de cada atendimento podemos, todavia, ressaltar também esse aspecto utilitarista do trabalho de enfermagem e dos demais

profissionais “não-médicos”, na experiência observada no atendimento de Orestes, como será discutida a seguir.

Um outro aspecto relacionado à essa “presença coadjuvante” de vários profissionais na assistência psiquiátrica oferecida a Orestes, poderia se depreender da indagação de que, se a assistência continua centralizada na medicação neuroléptica, se a admissão e a alta continuam a ser decisões do médico, se os demais profissionais mantêm uma conduta “coadjuvante” do trabalho deste, por que a presença de todos eles na equipe?

Ao analisarmos esses dados da internação de Orestes em julho de 1.996, consideramos os acontecimentos relacionados à organização da assistência psiquiátrica que ocorriam no Estado de Mato Grosso, decorrentes da Política Nacional de Saúde Mental nessa mesma época e que estavam implicados na assistência estudada, sobre os quais faremos uma breve síntese a seguir.

A Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde tinha estabelecido como sua prioridade, desde 1.991, ao nível do discurso, a reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil. Dentre as medidas adotadas pelo Ministério da Saúde para a operacionalização dessa meta, destaca-se a publicação das Portarias MS/SNS N.º 189/91, MS/SAS N.º 407/92, MS/SAS N.º 224/92 e MS/SAS N.º 88/93. A primeira permitia e regulamentava o processo do pagamento de procedimentos e modalidades terapêuticas não hospitalares; as demais definiam regras e normas a serem cumpridas pelos serviços que prestavam assistência psiquiátrica na rede do SUS⁶.

Essas Portarias, que enquadravam os hospitais psiquiátricos em níveis de complexidade, de assistência e de remuneração (407/92, 224/92 e 88/93 MS/SAS) eram, sob o ponto de vista técnico e oficial, os mecanismos que favoreciam a humanização da assistência, porém, na prática, serviram à sofisticação do sistema de segregação na assistência hospitalar psiquiátrica, além de provocarem uma ênfase “cientificista” e de “tecnologização”, como se isso determinasse a humanização. Dentre as medidas decorrentes dessas últimas características, há, nessas Portarias, uma exigência de adequação dos hospitais conveniados a níveis

⁶ Conforme Plano de Trabalho da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, 1.994.

de assistência (e de remuneração), que correspondem às exigências quanto à estrutura física, número de profissionais e a existência de programas terapêuticos. Isso significa, conforme observado na situação de atendimento de Orestes descrita acima (e na rotina de atendimento desses hospitais) que uma vez o hospital tendo a equipe no número mínimo exigido pela Portaria e apresentando para cada paciente um "Plano Terapêutico", tem uma remuneração correspondente assegurada, não importando se a presença da enfermeira, da assistente social, da terapeuta ocupacional, da psicóloga e da assistente social na equipe, repercute numa assistência de melhor qualidade ou mais humanizada.

Assim, à lógica empresarial do hospital privado conveniado, como pode-se observar na situação descrita, interessa a *presença* desses profissionais na equipe, e somente no número mínimo exigido, para permitir o enquadramento do hospital em um nível que garanta uma remuneração mais elevada e não a atuação desses profissionais na recuperação da saúde dos pacientes.

À esse respeito, Bernardo (1992, p.167) afirmou que a política de classificação dos hospitais exige a instalação de serviços que, entretanto, não beneficiam os internos, somente aumentam a remuneração e cita "a instalação de serviços psicológicos e de terapia ocupacional que servem muito mais como adorno da estrutura hospitalar que como fatores que alteram o dinamismo do funcionamento do hospital".

Conseqüentemente, e como um segundo aspecto a ser analisado neste relato, a dificuldade de relacionamento com a família é citada mas não abordada como um problema para a "equipe", fica registrada como uma "queixa", um "lamento", anotado para nada, como que parado no ar; ao passo que, quando o problema se refere à inadequação de conduta e agressividade, a conduta médica, que de fato é a que centraliza todo o atendimento, responde prontamente! Mais uma vez, o código, a senha para o modelo é dada, e ele então se organiza para a resposta... E essa resposta é tão ou mais violenta do que a violência implícita no comportamento de Orestes. Este seria um outro aspecto a ser analisado: aqui, como nas outras situações de atendimento de Orestes descritas nessa pesquisa, o modelo tecnológico se organiza para atender à uma inadequação de conduta, à um distúrbio

de comportamento e essa seria, em suma, a sua “doença mental”, e não a sua situação de sofrimento psíquico, relacionada às suas dificuldades de existência física, emocional e social. Sendo impossível a “adequação” do comportamento de Orestes por meios químicos, tentou-se, também aqui, os meios elétricos.

Outro aspecto a ser analisado é a longa permanência de Orestes no hospital. Nos primeiros 38 dias dessa internação, foi relatado por todos os profissionais que o atendiam, com uma ênfase que chega a ser exaustiva, que ele estava “calmo”, “sem queixas” e com “comportamento adequado”; entretanto, continuava internado. Com que finalidade? Não pudemos encontrar nenhuma justificativa para isso nos relatos dos profissionais que o atendiam, nem tampouco no “Plano Terapêutico” que lhe foi prescrito. Talvez pudéssemos buscar essa explicação também nos mecanismos burocrático-administrativos que regulam as internações psiquiátricas. Ao se internar em um hospital psiquiátrico, cada paciente leva consigo uma Autorização de Internação Hospitalar (AIH) que dá direito ao hospital de requerer do SUS o pagamento de até 45 dias de internação. No caso de pacientes crônicos, esse período pode ser de até 107 dias. Portanto, novamente a lógica empresarial predomina e, independente da evolução que o paciente apresenta quando internado, ao hospital, enquanto empresa que necessita obter a maior rentabilidade possível, interessa mantê-lo internado pelo tempo máximo permitido pelos mecanismos burocrático-administrativos do sistema. Isso fica bastante evidenciado também na outra internação de Orestes nesse mesmo hospital (que será relatada a seguir), quando ele permanece internado por exatos 45 dias. Esse mecanismo é uma das características da “Indústria da Loucura”, fenômeno já descrito nessa pesquisa que, a médio e longo prazo “produz” uma clientela fixa para o hospital, na figura dos pacientes crônicos que o próprio hospital “produz”, na medida em que afasta o paciente de seu meio familiar e social por longos períodos de tempo, desqualificando-o como sujeito e construindo o “personagem doente mental”, processo também já descrito nessa pesquisa.

A análise dessa internação relatada no prontuário permite ainda a constatação de que a equipe “coadjuvante” atua de modo a suprir o médico das informações necessárias para que ele prescreva os mecanismos punitivos ou de

contenção de comportamento disponíveis no hospital. Assim como no “velho” hospital, onde Orestes havia recebido “Convulsões elétricas” após a enfermeira considerar o seu comportamento inadequado e agressivo, aqui, o psiquiatra prescreveu “Eletroconvulsoterapia” após a psicóloga observar “agressividade verbal” e “conduta inadequada”. Não temos por objetivo nesta pesquisa a análise das modalidades de tratamento disponíveis na clínica psiquiátrica, entretanto, parece ter sido evidenciado a aplicação do “tratamento” Eletrochoque em duas situações onde se pretendia conter o comportamento de Orestes, exatamente quando ele manifestava algum inconformismo em relação à uma situação de abandono familiar e à permanência no hospital que lhe estava sendo imposta.

Ainda considerando essa informação, poderíamos indagar o que é “conduta inadequada” e “conduta adequada” em um hospital psiquiátrico? Já analisamos nesta pesquisa alguns dados e estudos sobre a desconstrução do sujeito social e a construção do “personagem doente mental” que, segundo Birman (1988) ocorre nas internações psiquiátricas. Seria desnecessário descrevê-las novamente mas, consideramos necessário retomá-las para refletirmos sobre as atitudes dos profissionais, que se repetem em contextos aparentemente muito diferenciados. A tecnologia psiquiátrica parece operar, junto ao “doente”, uma relação de sujeição que se traveste de clínica mas é sempre e de fato, disciplinar.

Dando seqüência ao relato das observações do prontuário de Orestes ainda nessa internação, observamos que a conduta médica para a “retirada” dos sinais da “patologia mental” de Orestes não surtiram efeito, já que, nas avaliações médicas posteriores, alguns dias depois do ECT, foi registrado que ele “mantém-se delirante, idéias paranóides”. Entretanto, em relação à “adequação” de sua conduta, voltou a ser observado que ele estava “mais calmo” e “sem queixas”. Decorridos 103 dias de internação, depois que ele novamente disse, segundo o relato da psicóloga, que “ainda não queria ir embora”, foi para casa, acompanhado por familiares, encaminhado “para tratamento ambulatorial”.

Ao buscá-lo no hospital, Walter e sua companheira, Maria, foram informados por um auxiliar de enfermagem que ele deveria tomar os medicamentos que estavam prescritos pelo médico numa receita que lhes foi entregue junto com

Orestes. Este quase não falava, estava emagrecido, *“parecia mais doente do que quando internou”*, falou Maria. Eles foram para casa, compraram os remédios prescritos e Maria dava-os diariamente a Orestes, no aprazamento determinado.

A falta de raciocínio lógico na aplicação desses “tratamentos” e a “inadequação” das condutas técnico-profissionais apresentadas nos levam a uma indagação: Seria ausência de lógica ou a presença de uma lógica perversa e desumana que caracterizariam esses fatos?

Ao desconsiderarem durante 103 dias o discurso de Orestes que dizia “não querer voltar para casa porque não se entendia bem com o irmão” e, após isso, encaminhá-lo para a casa desse irmão e para “tratamento ambulatorial” sem orientá-lo sobre os recursos públicos existentes nesse sentido - conforme foi relatado por Orestes e por Walter, que desconheciam os serviços ambulatoriais existentes na rede pública - os profissionais e o modelo parecem sinalizar para algo mais do que um simples descuido ou incompetência. Parecem sinalizar para uma lógica perversa que utiliza o sujeito como peça de um jogo empresarial.

O modelo tecnológico operaria então, segundo essa lógica, condicionando o paciente e os profissionais ao desempenho de determinadas funções ou “papéis” num sistema que tem como finalidade a manutenção e reprodução do capital. Há “papéis” pré-definidos tanto para Orestes como para os profissionais que o assistem. Consideramos, entretanto, que as possibilidades de ruptura são mais escassas para o paciente do que para os profissionais envolvidos.

Para finalizarmos a análise dessa internação, retornaremos ao “Plano Terapêutico” prescrito na admissão de Orestes. Desse plano, os “Neurolépticos” foi o componente realmente efetivado, haja visto que Orestes foi medicado e com doses bastante elevadas, durante todo o período de internação e mesmo após a alta. Quanto ao “Acompanhamento Social”, embora haja registro semanal assinado pela assistente social (o que atende aos critérios burocráticos de adequação às Portarias do Ministério da Saúde), parece ter ficado suficientemente demonstrado a ausência desse acompanhamento, uma vez que o discurso de Orestes sobre suas dificuldades familiares nunca teve eco nas anotações desse profissional, nem houve, durante todo esse tempo, o registro de qualquer medida ou intenção de contato com

seus familiares. Quanto às “Atividades Livres na Terapia Ocupacional”, deduz-se, dos relatos no prontuário, que tinham por objetivo somente a ocupação do tempo de Orestes em sua longa internação, não havendo nenhum propósito terapêutico nessa conduta. Sobre os “Grupos Terapêuticos”, os relatos curtos, repetitivos, limitados à repetição da fala e descrição do comportamento de Orestes talvez reflitam as possibilidades de trabalho do psicólogo numa relação de 1 profissional para atender aproximadamente 100 pacientes, relação esta que também atende às exigências das Portarias do Ministério da Saúde, mas sem dúvida, não atende à necessidade terapêutica. É necessário ressaltar que essa relação N.º de pacientes/ N.º de profissionais é igualmente desfavorável para todos os profissionais da equipe.

Depois dessa internação de 103 dias, Orestes foi para a casa de Walter, onde ocupou um quarto “nos fundos”, aí permanecendo por 3 meses. Durante esse período ele deu prosseguimento à sua atuação enquanto “personagem doente mental”, comportando-se da maneira esperada. Desde essa época Orestes praticamente não sai de casa, dorme aproximadamente 16 horas por dia, conversa muito pouco, fala esporadicamente com Maria mas nunca com Walter.

Passado esse tempo, no dia 21 de janeiro de 1.997, foi reinternado no Instituto de Neuropsiquiatria de Cuiabá, onde ficou 45 dias. Dessa vez quem o conduziu ao hospital foi sua irmã, Dalva, porque Walter não quis mais passar pela situação de levá-lo à força ao hospital. *“Eu já disse... eu não interno mais o Orestes... eu não quero mais ter que amarrar ele... depois ele fica com muita raiva de mim e todo mundo fica achando que eu é que sou ruim... que pego ele na marra... que interno... então, eu já falei prá eles (os irmãos e irmãs) que por mim ele fica aqui, do jeito que tiver, eu vou agüentando, eu não interno mais...”*

Sobre a necessidade de ter que internar, Walter e Dalva dizem que quando Orestes sai de alta do hospital, recebem uma “receita” para comprar os remédios que ele deve continuar tomando. No entanto, nem sempre eles tinham dinheiro suficiente para a aquisição deles e, algumas vezes ele ficou vários dias sem tomar a medicação por causa disso. Outras vezes, eles compravam a medicação, que era para 30 dias e, passado esse tempo, eles teriam que retornar ao hospital para que o Orestes fizesse uma nova consulta (particular/paga) e fosse novamente

passado a “receita”, e então, eles não tendo dinheiro para pagar a consulta não tinham a receita obrigatória para a compra dos remédios.

Durante aproximadamente 7 anos em que Orestes se internou e fez “tratamento ambulatorial” no Instituto de Neuropsiquiatria de Cuiabá, seus irmãos nunca foram informados da possibilidade de adquirir a medicação “de graça” na farmácia do Hospital Adauto Botelho ou, a partir de 1996, no Centro de Especialidades de Cuiabá, desde que fizesse o acompanhamento médico nesses locais. À lógica empresarial do hospital privado/conveniado não interessava que ele fizesse tratamento em uma instituição pública, o que, em última instância poderia resultar na não necessidade de internação - que absolutamente não interessaria ao hospital.

Nessa última internação de Orestes, sua irmã Dalva disse que ele não comia, não dormia, além de não aceitar a medicação ficava implicando com tudo, falava coisas incompreensíveis e agressivas com todos, embora não tenha chegado à agressão física.

O relato médico da internação informava:

Reagudização da enfermidade. Descontrole emocional com distúrbios de comportamento, heteroagressividade verbal, verborreico, sem crítica. Plano terapêutico: Neurolépticos, TO, cuidados de enfermagem e terapia de apoio.

Indagado sobre o motivo de suas internações, Orestes diz: “*é que tem uma voz... desde os três anos essa voz me persegue...*”. Ele diz que essa voz o atormenta constantemente, não o deixa nunca, que ela “às vezes acalma” mas nunca o abandona. Vivencia isso com muita angústia.

Embora Orestes admita sempre a “alucinação auditiva”, isso não aparece nos relatos das internações de nenhum dos profissionais da “equipe”. Entretanto há uma ênfase na conduta de Orestes, como se observa na admissão e nos relatos do médico:

25/01/97- Calmo, bem adaptado ao ambiente hospitalar, orientado no tempo.

10/02/97 - Calmo, orientado no tempo, dormindo, alimentando-se e deambulando regularmente, interagindo adequadamente com enfermagem e demais pacientes.

Durante os 45 dias que durou a última internação de Orestes, os relatos dos profissionais que o atenderam no hospital enfatizam uma avaliação de comportamento e, durante todo o tempo, é ressaltado a “adequação” desse comportamento avaliado, como se observa nos relatos:

22/01/97 (havia sido internado em 21/01/97)- Comparece ao grupo, está calmo, conduta adequada, raport satisfatório, queixa de não ter uma cama fixa para dormir, oriento a respeito. (Psicóloga)

25/01/97 - Paciente calmo, bem adaptado ao ambiente hospitalar, aceitou bem a medicação, tem sono e apetite preservado. (Enfermeira)

26/02/97 - Calmo, adequado, refere estar bem, sem crítica, nega queixas. (Assistente social)

A observação dos relatos descritos acima nos conduz à várias indagações: O que é estar “adaptado” ao ambiente hospitalar/”hospício”? O que é “conduta adequada” em um hospício? O que se quer dizer com “sem crítica” quando Orestes reclamava de não ter a “sua” cama e “dizia ter sido internado por pressão de seu irmão do qual deu parte na polícia” (conforme relato médico do dia 03/02/97)? Talvez a crítica esperada fosse o reconhecimento da sua “inadequação”, de sua condição estigmatizada de “personagem doente mental”? De sua submissão total ao modelo estigmatizante de atendimento?

Embora desde o segundo dia de internação ele estivesse “calmo” e com “conduta adequada”, ele permaneceu internado por 45 dias. Parece que novamente as engrenagens da “Indústria da loucura” entram em funcionamento, é necessário ocupar os leitos para garantir a remuneração do SUS e então a alta não é dada em função da evolução do quadro clínico do paciente mas, de acordo com a necessidade empresarial de ocupação dos leitos e da duração máxima das AIHs.

A dificuldade expressada por Orestes no relacionamento com Walter, embora relatada por vários profissionais durante essa hospitalização, novamente não mereceu nenhuma intervenção por parte da “equipe”.

Observa-se novamente que o fato de ter brigado com o irmão (observado pela assistente social em 28/01/97), de relatar que se internou por pressão do irmão do qual deu parte na polícia (observação do médico em 03/02/97), das discussões freqüentes que tem com o irmão (assistente social em 12/02/97), não mereceram atenção institucional, ou não “couberam” no modelo tecnológico em funcionamento, uma vez que esse problema foi somente relatado, sem merecer nenhuma referência dos profissionais que o relataram, sobre a necessidade de encaminhamento/ solução.

Ao analisarmos esses relatos, principalmente o que se refere ao fato de Orestes ter tentado registrar uma queixa na Polícia contra o seu irmão, compreendemos duas possibilidades de significação: Primeiro, relatar na tentativa de mostrar a “inadequação” e “falta de crítica” do Orestes, partindo do pressuposto de que tal conduta em relação ao irmão só pode ser vista como um sinal de sua “doença” e assim, o relato de sua atitude só pode ser no sentido de desqualificar o seu discurso ou, o modelo tecnológico consegue identificar alguns problemas que não podem ser “chancelados” como médicos, que têm relação com a “doença” de Orestes, mas não consegue encaminhá-los, porque só dispõe das condutas médicas como ferramentas e esses problemas não são passíveis de serem abordados por essas ferramentas (medicação, internação). As duas possibilidades não são excludentes e consideramos a possibilidade de que, nesta situação, ambas coexistem e se amparam.

Estudando as condições de internação de Orestes no Instituto de Neuropsiquiatria de Cuiabá, chamou-nos a atenção o “Termo de Responsabilidade” que o familiar responsável pelo paciente assina, no ato da admissão. Dentre outros aspectos que o hospital “não se responsabiliza” e pelos quais exige que o familiar se “responsabilize”, como os relacionados à danos materiais, destaca que

Embora o hospital possua rotina e eficientes condições de vigilância e segurança para psiquiatria, não se responsabiliza: a) pelos que frustarem a vigilância e se

evadirem, b) pelos que tentarem ou cometerem suicídio, c) por agressões físicas das quais resultarem ferimentos.

Essa observação poderia ser considerada curiosa, se não fosse perversa, tanto para o familiar que é obrigado a assinar esse Termo, onde se obriga a “isentar” o hospital da responsabilidade de assistir e cuidar de seu parente doente, tanto para o paciente que, nestas condições, é literalmente “depositado” em um local que não se responsabiliza nem pela sua integridade física, quicá por sua assistência. Parece claro que ao hospital (?) cabe simplesmente a responsabilidade de prisão, e a prisão oferece mais garantias ao detento, uma vez que o Estado é responsável pela integridade física e pela vida dos detentos. Entretanto, é curioso que uma instituição que assuma legal e abertamente essa característica, receba a denominação de “hospital”.

É claro que podemos questionar a legalidade de tal “Termo de Responsabilidade”, entretanto, também parece claro neste caso, a intenção de intimidação do paciente e da família pela instituição e essa também parece ser uma das características da tecnologia psiquiátrica ao longo dos tempos. A constituição do discurso médico psiquiátrico, da “instituição psiquiatria” parece se dar, como já abordamos nessa pesquisa, sempre pela via do “cientificismo” para respaldar condutas que, no entanto, se relacionam á moralidade, á segregação, á desqualificação de outros discursos não médicos, enfim, á imposição de uma disciplina individual e coletiva.

Ao analisarmos as internações de Orestes no “novo” hospital psiquiátrico de Cuiabá, na década de 90, observamos que, diferentemente das internações anteriores, há neste caso, uma preocupação com o cumprimento de normas técnicas e administrativas e um zelo com a organização burocrática (carimbos, prazos, assinaturas) do prontuário que são, possivelmente, um reflexo das exigências das Portarias e auditorias do Ministério da Saúde que incluem possibilidades de sanções como não remuneração de internações. Essa seria uma característica atual dos hospitais psiquiátricos privados conveniados. No “velho” hospital, as características de asilo público predominavam e a despreocupação com a obediência à normas técnicas de atendimento puderam ser observadas. Entretanto,

a tecnologia psiquiátrica de ambas são semelhantes em aspectos centrais como: o indivíduo atendido é subjugado enquanto sujeito e se promove a “construção” de um “personagem doente mental” que terá, como única possibilidade de sobrevivência o desempenho do “script” previamente estabelecido para o seu papel.

Assim, a “novidade” observada no atendimento de Orestes foi, na realidade, uma adequação às circunstâncias políticas atuais, quando se tem presente alguns movimentos sociais que, ainda timidamente, pressionam contra as internações em hospitais psiquiátricos fechados.

Essa foi a última internação do “script” de Orestes até o ano de 1.998. Desde o início de 1.997, após essa última internação, quando ele foi orientado por um técnico externo ao hospital sobre o Ambulatório de Saúde Mental, ele faz neste local o seu tratamento.

4.2 - ORESTES FALA: - “Eu não tenho doença que cura com remédio”

Atualmente Orestes mora na casa de Walter, no quarto dos fundos. Fica o dia todo em casa, a maior parte do tempo deitado; não faz nenhuma atividade além de cuidar da própria higiene, de modo bastante satisfatório. Às refeições, seu prato é feito por Maria, companheira de Walter, e levado ao seu quarto onde alimenta-se sozinho. *“Quando ele não quer comer eu já fico de olho, se além de não querer comer ele não dorme, aí é porque ele tá ficando ruim de novo”,* diz Maria.

Orestes atualmente é alguém destinado a ocupar uma “área de fundo”, ele não se integra a nenhum espaço da vida, é o irmão-louco de Walter. Humerez (1996, p.148), estudando a história de vida de alguns doentes mentais, afirma que eles

foram sendo transformados em objeto estranho à vida e colocados nas áreas de fundo, nas enfermarias dos hospitais psiquiátricos, ou nos fundos das casas, ou passaram a vagar pelas ruas. Passaram a ser hóspedes dos “não-lugares”.

“Lugar”, na denominação de Augé (1994) utilizada na análise de Humerez (1996), tem como característica o fato de ser identitário, porque mantém com a pessoa uma relação de identidade individual; relacional, na medida em que

permite a interação, onde é possível compartilhar algo; e, histórico porque conjuga identidade e relação sendo, portanto, princípio de sentido e de significado para aqueles que o habitam. Enquanto “não-lugar” seria a denominação de espaços onde nem a identidade, nem a relação, nem a história fazem sentido.

Sobre a comunicação nos “não-lugares” ocupados pelos doentes mentais, Humerez (1996) considera que ela não se caracteriza pelo compartilhar, que traria algum grau de interação mas, ao contrário, é baseada em regras. Codificada, a relação contratual entre os envolvidos se dá a partir da apresentação do “cartão-identidade de louco”.

Consideramos que Orestes encontra-se numa situação que comporta todas essas características: é o irmão-louco de Walter; a comunicação entre ele e os moradores da casa não inclui compartilhar nada, apenas observar num único sentido, se ele “está bem ou entrando em crise”; e, em relação à história, sua única história e identidade é a de “louco”.

Observamos neste estudo que, até os dados biográficos que expressam a condição de Orestes como sujeito, foram, durante o processo de sua “doença e tratamento”, re-escritos ou re-interpretados. Os relatos familiares à época da primeira internação de Orestes, referiam-se à um sujeito que tinha uma vida “normal”, que estudou durante o período considerado satisfatório no seu meio familiar e que trabalhava até a idade de 25 anos, quando foi internado. Ao abordar esses aspectos atualmente, Walter afirma que Orestes “nunca trabalhou, nunca... sempre foi preguiçoso”. A sua condição atual de “doente mental crônico” parece implicar numa re-interpretação de toda a sua vida, inclusive dos fatos anteriores à “doença”, que são agora vistos como “sinais” que precediam à sua “doença”.

Durante uma entrevista com Orestes, abordamos as suas várias internações em hospitais psiquiátricos e os tratamentos realizados nesse período, e ele informou que

no início eu não tomava os remédios porque eu sabia que eles não tiram a voz, ... aí me internavam porque queriam que eu tomasse o remédio, me davam à força, na marra,... depois eu passei a tomar os remédios, ...eles querem que eu tome, então eu tomo,... mas eles não tiram a voz..., eu tomo

para fazer a vontade deles mas os remédios não adiantam nada...

Ao abordar este assunto Orestes falou livremente, de forma decidida, consciente e nada reticente como agia ao responder às outras perguntas. Continuamos a entrevista sobre a sua história de “doença” e tratamento, quando ele disse, sobre a ineficácia de qualquer tratamento, seja ambulatorial ou internação, de modo bastante enfático:

*Essa consulta, essa conversa, vai acabar com a voz? Porque eu só tenho essa voz que não me larga! **Eu não tenho doença que cura com remédio!** Eu tenho uma voz, uma voz...”*

Ao manifestar-se de modo bastante crítico em relação ao seu problema - a voz - e tratamento, Orestes evidencia uma agudeza de percepção sobre a sua existência que desconcerta os técnicos. Parece-nos inclusive que ao afirmar que “não tem doença que cura com remédio”, Orestes faz uma crítica aguda ao modelo médico/clínico que o atendeu, baseado não em um outro paradigma teórico mas, na sua experiência de sujeito que foi alvo dos mecanismos de intervenção desse modelo. A sua voz, não a “voz” alucinatória, mas a “voz” de sujeito, ainda se faz ouvir de modo inquietante depois de 14 anos de sujeição à tratamentos psiquiátricos. Entretanto, já há muito tempo essa sua “voz” não é ouvida no contexto de sua existência e tratamento - família e hospital.

Embora não tenha se processado completamente a sua sujeição e ainda exista uma “voz” para quem se dispuser a escutá-la, a sua existência está, já há algum tempo, condicionada à um único desfecho: ser, nessa sociedade, o insano, o louco. A abordagem do problema de Orestes pela linguagem médica e, conseqüentemente, pelo Modelo Tecnológico Psiquiátrico, produziu um “doente mental crônico”.

Sobre a constituição do saber e das práticas psiquiátricas com base no paradigma racional-positivista e a sua conseqüente “produção” de “doentes crônicos”, Rotelli, et al (1990, p.26) afirma que

Este é portanto um sistema de ação que intervém em relação a um problema dado (a doença) para perseguir uma solução

racional, tendencialmente ótima (a cura). Entretanto, apesar dos pressupostos científicos e dos fins terapêuticos que pretendia ter, a Psiquiatria constitui uma primeira prática desconfirmadora deste paradigma racionalista. Esta desconfirmação apresenta-se em primeiro lugar no objeto da competência psiquiátrica: a doença mental. De fato, desde as suas origens, a Psiquiatria está condenada a se ocupar de um objeto, a doença mental, que na realidade é bastante “não conhecível” e freqüentemente incurável; malgrado os enormes esforços para dar-lhe uma explicação e definição racional, [...]. Ao final da cadeia causal a doença continua largamente indeterminada e indefinida; e ainda, apesar do desenvolvimento das terapias de “choque”, das farmacológicas, das psicoterapias, etc... a cronicidade continua a ser o objeto por excelência, o problema e o sinal mais evidente da impotência da Psiquiatria em alcançar a solução-cura.

Orestes é, atualmente, o produto de um modelo tecnológico racionalista que buscou, a partir dos seus pressupostos e das suas práticas de intervenção, a “cura” de sua “doença”; conseqüentemente é um “não-sujeito”, que continua, entretanto, sob a ótica desse paradigma, tão ou mais doente do que era há 14 anos. Aconteceu somente a sujeição, não a “cura”.

Rotelli et al (1990) afirma ser necessário “desinstitucionalizar” o paradigma médico-racionalista que reduziu a “loucura” à “doença mental” para, a partir da compreensão da loucura no processo de “existência-sofrimento” dos sujeitos, “desconstruir” o aparato legislativo, administrativo, científico e técnico, que se estruturou ao redor da “doença mental”. Assim, buscar-se-á, através de novas “invenções” para a abordagem do problema, formas eticamente mais justas de relacionamento com o “louco”.

Também a respeito dos “doentes mentais crônicos”, Bezerra (1994) considera que essa questão só pode ser abordada fora da perspectiva clínica “doença-cura” pois é preciso criar condições de vida para os “diferentes”, sem descrevê-los negativamente.

Apesar de Orestes manter-se ainda com crítica aguçada para perceber o seu problema, como demonstrado acima, demonstra também, através de outras

falas, a incorporação ou a sujeição a esse modelo que critica, quando afirma, ao discordar de uma primeira proposta de tratamento ambulatorial que

louco tem é que internar! Você não conhece hospital psiquiátrico não?... Você nunca foi lá?... Se foi, já viu a quantidade de louco que tem lá dentro... então,... lá é que é lugar de louco... louco tem que ficar lá...

Percebe-se assim, numa fala novamente desconcertante, o peso do condicionamento ou mesmo da determinação que a tecnologia psiquiátrica operou em sua vida. Ao construir o “personagem doente mental”, a sociedade designou também o seu lugar no “palco” - o hospital psiquiátrico.

O Modelo Tecnológico Psiquiátrico de Cuiabá incorporou, nos últimos anos, novos equipamentos. O Hospital Adauto Botelho foi reformado e, no lugar do hospital que “parecia asilo” foi inaugurado em 1.993 o Centro Integrado de Atendimento Psicossocial Adauto Botelho, constando de Ambulatório, Hospital-Dia e Internação de curta permanência. Também foi aprovada no Conselho Municipal de Saúde em Julho de 1.995 uma Política de Saúde Mental para o Município de Cuiabá que sinaliza claramente para um redirecionamento das práticas psiquiátricas no sentido extra-hospitalar e foi implantado, alguns meses depois, um Ambulatório de Saúde Mental no Centro de Especialidades de Cuiabá. Em Março de 1.997 o Conselho Estadual de Saúde também aprovou um Plano Estadual de Saúde Mental que apresenta propostas no sentido de privilegiar práticas extra-hospitalares.

Observamos, portanto, que o Modelo é evidentemente dinâmico e se movimenta no sentido da incorporação de equipamentos e de uma política orientada para a superação do modelo hospitalocêntrico. Ao Modelo, assim, resta a possibilidade de redirecionamento ou, da redefinição de seu “script”. Ao passo que a existência de Orestes parece muito mais condicionada à execução de um “script” já definido.

Ao adotar novas práticas e incorporar novos equipamentos, entretanto, o Modelo não assegura, na mesma proporção, a incorporação de mudanças teóricas na sua base de sustentação. Como lembra Rotelli et al (1990), a desinstitucionalização muitas vezes foi reduzida, nos processos de Reforma

Psiquiátrica, em vários países, à desospitalização. E essa, por sua vez, não questiona o paradigma clínico-racionalista que dá sustentação às suas práticas desenvolvidas em equipamentos extra-hospitalares. Devemos estar atentos, assim, à possibilidade da utilização desses novos equipamentos enquanto designando uma “tecnologia”, no sentido restrito da palavra, ou seja, nomeando um novo equipamento que, ao se apresentar como “novo”, mascara a ideologia que visa a manutenção do saber clínico-psiquiátrico tradicional que já não se sustenta no equipamento hospitalar-manicomial.

PARTE III

CONSIDERAÇÕES FINAIS

"Tratar? Talvez apenas mover-se cotidianamente com o usuário ao longo de um percurso que não vise um valor, mas que reconstitua ou crie a complexidade e lhe restitua um sentido.

Curar? Talvez apenas reconstituir a identidade inteira, complexa e concreta do indivíduo, o seu poder de sujeito social; [...] ; evitar que o estado agudo se pacifique em cronicidade.

(Leonardis, Mauri e Rotelli, 1990)

Ao colocarmos um ponto final neste estudo, ponto este não determinado pelo término do processo ou esgotamento do tema, mas pela necessidade de sua conclusão enquanto projeto circunstanciado de pesquisa, voltamos necessariamente à indagação que o norteou: Abordarmos a tecnologia do processo de trabalho em psiquiatria nas últimas duas décadas em Cuiabá, a partir da história de Orestes, buscando refletir sobre os condicionantes dessa específica organização tecnológica.

Inicialmente temos que admitir a impossibilidade de apreensão do Modelo Tecnológico Psiquiátrico de Cuiabá na sua totalidade, como foi mencionado ao apresentarmos a metodologia utilizada nesse estudo; buscamos assim, analisar alguns elementos deste Modelo que foram evidenciados na assistência psiquiátrica vivenciada por Orestes.

Esses elementos, já demarcados no processo de análise dos dados, referiram-se principalmente à tentativa de adequação do Modelo Clínico na apreensão de um fenômeno - a loucura de Orestes - que, por sua vez, não se permitia apreender por esse instrumento.

A psiquiatria, enquanto processo de trabalho, parece se debater, desde os seus primórdios, com uma dificuldade para a explicitação de seu objeto de trabalho, e isto talvez seja a razão para a inadequação dos instrumentos/tratamentos observados nesse estudo. A indefinição do objeto sobre o qual se quer intervir, como foi demonstrado nas referências bibliográficas sobre a constituição e sobrevivência do saber psiquiátrico ao longo da história, condicionaria uma proporcional dificuldade na escolha dos instrumentos de intervenção.

Assim, na história de Orestes pareceu-nos que a tecnologia psiquiátrica nomeou "doença mental" a um problema que era muito mais complexo que um "quadro clínico" e utilizou, para a sua abordagem, os instrumentos disponíveis na clínica - medicação, internação, choques elétricos, cuidados de enfermagem, psicoterapia de grupo e terapia ocupacional. Entretanto, por não se permitir ao enquadramento à clínica, o problema - comportamento social inadequado - continua sem resposta ou sem "cura"; conseguiu-se somente a sua "pacificação".

Em relação à peculiaridade do Modelo Tecnológico Psiquiátrico cuiabano nas duas últimas décadas, consideramos que as divergências entre os elementos deste modelo identificados na assistência de Orestes e as tendências nacionais de organização da assistência psiquiátrica, estavam mais relacionadas à contextos históricos e políticos específicos do que exatamente à uma divergência conceitual. Ao incorporar sempre mais tardiamente as tendências que sinalizavam mudanças nos processos de organização da assistência psiquiátrica, emanadas das políticas e movimentos populares nacionais, a tecnologia psiquiátrica cuiabana, na realidade, não desenvolvia um movimento político próprio, ou utilizava diferentes referenciais teóricos de sustentação; somente desenvolvia uma cronologia coerente com o seu momento de desenvolvimento político e econômico, no contexto nacional.

Concordamos, portanto, com Bezerra (1994) que afirma a hegemonia do modelo manicomial na assistência psiquiátrica brasileira, apesar dos relativos avanços no processo de Reforma Psiquiátrica. Esta ocorre paralelamente à manutenção desse modelo e condicionada ao nível de organização das forças progressistas nas diferentes regiões.

Os elementos do Modelo Tecnológico Psiquiátrico de Cuiabá identificados e analisados nesse estudo, mantinham coerência com os princípios do saber e da prática psiquiátrica, que caracterizaram a psiquiatria brasileira no que se refere à tentativa de sustentação do Modelo Clínico na sua prática. Prática esta que, apesar de buscar a perspectiva racionalista de "cura" da "doença mental" de Orestes, conseguiu efetivamente a sua anulação enquanto sujeito, numa relação de poder que já foi bastante estudada e que, nos últimos anos encontra representação nos teóricos da "desinstitucionalização", originários, principalmente da Itália.

Ainda no sentido das possibilidades de ruptura e de manutenção do modelo clínico de atendimento psiquiátrico, lembramos, assim como Bezerra (1994), a preocupação relacionada ao movimento internacional no rumo da genética e das neurociências, que buscam atualmente a determinação das bases biológicas do comportamento e das emoções.

Ao finalizarmos esse estudo destacamos a necessidade de reflexão sobre as tecnologias psiquiátricas pelas(os) enfermeiras(os) e demais técnicos que

dela participam, para que se possa trazer à luz os elementos políticos e ideológicos presentes nas mesmas e desmistificarmos, como refere Nicácio (1989, p.46), alguns elementos que sempre admitimos como “verdade em nossa estrutura social: o mito da periculosidade do louco, o conto de fadas de que o manicômio trata e a ideologia da neutralidade da ciência psiquiátrica.”

Ressaltamos, a título de esclarecimento, que ao estudarmos o Modelo Tecnológico Psiquiátrico de Cuiabá, nomeamos as instituições que o compuseram e o compõem, como necessidade que precede a análise que nos dispusemos realizar. Entretanto, essa identificação e nomeação não ocorreu no sentido de analisar essas instituições ou seus quadros profissionais. Como esclarecemos na metodologia desse estudo, o que buscamos analisar foi a tecnologia do processo de trabalho em psiquiatria, na cidade de Cuiabá e, para tanto, situamos as instituições envolvidas como elementos componentes desta tecnologia que, conforme analisamos, decorre de um processo histórico amplo e complexo. Os achados relatados neste estudo, relacionados ao funcionamento das instituições envolvidas, apenas refletem, ao nosso ver, num contexto local, a dinâmica nacional. Não apresentam, como já foi mencionado, nenhuma característica peculiar ou específica conceitualmente divergente do contexto histórico nacional.

O Modelo Tecnológico Psiquiátrico estudado atua no sentido de pré-determinar as funções e papéis do “doente mental”, de sua família, dos profissionais e das instituições que o assistem. A consciência da complexidade de suas funções, que vão muito além da mera aplicação de uma técnica, possibilita, aos profissionais envolvidos nesse processo, a movimentação no sentido de provocar rupturas e fragmentações nesse modelo. Gostaríamos de acreditar que esse estudo constituiu-se de um passo nesse sentido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBERTI, V. História oral: a experiência do CPDOC. Rio de Janeiro : Rev. Fundação Getúlio Vargas, 1990.
- AMADO, J. O grande mentiroso: tradição, veracidade e imaginação em história oral. Rev. História da UNESP, São Paulo : v. 14, p. 125-136, 1995.
- AMARANTE, P. D. C. (Org.). Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro : SDE/ENSP, 1995.
- AUGÉ, M. Não-lugares: introdução à uma antropologia da super-modernidade. Campinas : Papirus, 1994.
- BERCHERIE, P. Os fundamentos da clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico. Trad. Vera Ribeiro, Rio de Janeiro : Zahar, 1980.
- BERNARDO, A. C. Previdência social e assistência psiquiátrica no Brasil. In: D'INCAO, M. A. (Org.). Doença mental e sociedade: uma discussão interdisciplinar. RJ : Graal, 1992.
- BERTONCELLO, N. M. F. O processo de trabalho em ambulatório de saúde mental: a prática da enfermeira. Ribeirão Preto, 1997, 111p. (Dissertação, Mestrado em Enfermagem) Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 1997.
- BEZERRA Jr., B. De médico, de louco e de todo mundo um pouco. In: GUIMARÃES, R., TAVARES, R. (Org.). Saúde e sociedade no Brasil: anos 80. Rio de Janeiro : Relume-Dumará, 1994.
- BIRMAN, J. Psiquiatria e sociedade. Jornal Bras. Psiq., Rio de Janeiro : v. 31, n.4, p. 237-246, 1982.
- BIRMAN, J. Enfermidade e loucura: sobre a medicina das inter-relações. Rio de Janeiro : Campus, 1980.
- BIRMAN, J., SERRA, A. Os descaminhos da subjetividade. Niterói : Ed. Univ. da UFF, 1988.
- BRAGA, J.C., PAULA, S. G. Saúde e previdência: estudo da política social. São Paulo : Hucitec/CEBES, 1981.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Coordenação de Saúde Mental: Plano de Trabalho 1994. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1994.
- BRASIL. Leis etc. Portaria N.º 32 de 22 de Janeiro de 1.974. Diário Oficial da União, Brasília, 22 de Janeiro de 1.974.
- BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Manual de Assistência Psiquiátrica na Previdência Social. Brasília, 1.975.
- BRUCK, N. R. V. A pedagogia da exclusão: um estudo sobre a vida de internados e a ação (des)educativa numa instituição psiquiátrica. Porto Alegre, 1989, 397p. (Dissertação, Mestrado em Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1989.
- CAR, M. R., EGRY, E.Y. Processo de trabalho da enfermagem na atenção ambulatorial ao adulto com hipertensão arterial: representações e contradições. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo : v. 29, n.2, p. 180-192, ago, 1995.
- CASTEL, R. A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. Trad. Maria Thereza C. Albuquerque, Rio de Janeiro : Graal, 1978.
- CASTEL, R. Notas sobre las orientaciones contemporaneas de la psiquiatria. In: Basaglia, F. et al. Psiquiatria, antipsiquiatria y orden manicomial. Barcelona : Barral, 1975.
- COSTA, J. F. História da psiquiatria no Brasil. 3ª. ed. Rio de Janeiro : Campus, 1980.
- COSTA, N. R. Lutas urbanas e controle sanitário. Rio de Janeiro : Vozes, 1985.
- CRUZ, V. S. Remover e excluir: considerações sobre as instituições psiquiátricas em Mato Grosso (1900-1920). Cuiabá, 1995. (Monografia de conclusão de Curso de Licenciatura e Bacharelado em História) - Universidade Federal de Mato Grosso, 1995.
- CUNHA, M. C. P. O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo. 2ª ed. São Paulo : Paz e Terra, 1986.
- DEMO, P. Metodologia científica em ciências sociais. 3ª ed. São Paulo : Atlas, 1995.

- FOUCAULT, M. El sujeto y el poder. Rev. Mexicana de Sociologia, v. I, n. 3, p. 3-20, Jul/Set, 1988.
- FOUCAULT, M. História da loucura. São Paulo : Perspectiva, 1991.
- FOUCAULT, M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro : Forense-Universitária, 1977.
- FOUCAULT, M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. 13ª edição, Trad. Raquel Ramallete, Petrópolis: Vozes, 1996.
- FUGANTI, L. A. Saúde, desejo e pensamento. In: LANCETTI, A. (Org.). Saúde e loucura 2. São Paulo : Hucitec, 1991.
- GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 4ª ed. São Paulo : Atlas, 1994.
- GOFFMAN, E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo : Perspectiva, 1974.
- GUATTARI, F. Linguagem, consciência e sociedade. In: LANCETTI, A. (Org.). Saúde e loucura 2. São Paulo : Hucitec, 1991.
- HALL, S. Identidades culturais na pós-modernidade. São Paulo : DP&M, 1997.
- HUMEREZ, D. C. Evolução histórica do conceito de loucura e de louco. Acta Paul. De Enf. São Paulo : v. 4, n. 3, p. 129-136, dez., 1990.
- HUMEREZ, D. C. Em busca de lugares perdidos: assistência ao doente mental revelada através de Histórias de Vida. São Paulo, 1996, 220p. (Tese, Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1996.
- LEONARDIS, O., MAURI, D., ROTELLI, F. Prevenir a prevenção. In: NICÁCIO, F. (Org.). Desinstitucionalização. São Paulo : Hucitec, 1990
- LUDKE, M., ANDRE, M.E.D.A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo : EPU, 1986.
- MACHADO, R. et al. Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro : Graal, 1978.

- MARCOLAN, J. F. Opinião dos enfermeiros que atuam em enfermagem psiquiátrica e em saúde mental no município de São Paulo sobre suas ações. São Paulo, 1996, 233p. (Dissertação, Mestrado em Enfermagem) Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, 1996.
- MATO GROSSO. Secretaria de Estado da Saúde. Relatório de Atividades do ano de 1975. Período de: 15-03-75 a 31-12-75. Cuiabá - MT.
- MATO GROSSO. Secretaria de Estado da Saúde. Relatório de Atividades. Anos 1.979 - 1.982. Cuiabá - MT.
- MATO GROSSO. Secretaria de Estado da Saúde. Relatório de Atividades. Anos 1.983 - 1.984. Cuiabá - MT.
- MATO GROSSO. Secretaria de Estado da Saúde. Conselho Estadual de Saúde. Atas - período 1.989 - 1.997. Cuiabá - MT.
- MENDES GONÇALVES, R. B. Tecnologia e organização social das práticas de saúde : características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo : Hucitec/ Abrasco, 1994.
- MENDES GONÇALVES, R. B. Processo de trabalho em saúde. Universidade de São Paulo. São Paulo, 1989 [mimeo].
- MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3ª ed. Rio de Janeiro : Hucitec/ Abrasco, 1994.
- MIRON, V. L. Organização do trabalho em saúde mental em um serviço ambulatorial público de saúde. Ribeirão Preto, 1993, 105 p. (Dissertação, Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, 1993.
- NICÁCIO, M. F. Da instituição negada à instituição inventada. In: LANCETTI, A. (Org.). Saúde e loucura 1. São Paulo : Hucitec, 1989.
- OLIVEIRA, J. A De doenças a estruturas, ou, da medicina a uma antropologia: a constituição e desconstituição da nosologia psiquiátrica entre Pinel e Lacan: uma contribuição psicanalítica à fundamentação teórica da Reforma Psiquiátrica. Physis: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro : v. 6, n. 1-2, p. 53-78, 1996.
- PESSOTTI, I. O século dos manicômios. São Paulo : 34, 1996.

- PESSOTTI, I. A loucura e as épocas. 2ª ed. São Paulo : 34, 1995.
- QUEIROZ, M. I. P. Relatos orais: do "indizível" ao "dizível". Rev. Ciência e Cultura. São Paulo: v. 39, n. 3, p. 272-286, mar., 1987.
- RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A. e COSTA, N. R. (Org.). Cidadania e loucura : políticas de saúde mental no Brasil. 4ª ed. Rio de Janeiro : Vozes, 1994.
- ROCHA, R. M. Enfermagem psiquiátrica: que papel é esse? Rio de Janeiro : Instituto Franco Basaglia/Te Corá, 1994.
- ROTELLI, F. , LEONARDIS, O , MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. et al. Desinstitucionalização. São Paulo : Hucitec, 1990.
- SANTOS, W. G. Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira. 2ª ed., Rio de Janeiro : Campus, 1987.
- SILVA Filho. J. F. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In: TUNDIS, S. A., COSTA, N. R. (Org.). Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. 4ª ed., Rio de Janeiro : Vozes, 1994.
- SILVA, I. M. F. A democratização da política de saúde em Cuiabá: estudo do Conselho Municipal de Saúde - gestão 93/95. São Paulo, 1996, 156 p. (Dissertação, Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1996.
- STOLKINER, A. Practicas en salud mental. Rev Inv. y Educ. en Enf. v. 6, n. 1, p. 31-61, mar., 1988.
- TRIVIÑOS, A.N.S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo : Atlas, 1994.
- VENANCIO, A. T. A. A construção social da pessoa e a psiquiatria: do alienismo à "nova Psiquiatria". Physis: Rev. Saúde Coletiva. v. 3, n. 2, p. 117-136, 1993.
- VIEIRA, M.P.A. et al. A pesquisa em história. São Paulo : Atica, 1989.